



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2018

The return of tetanus: from an ancient scourge to an insidious enemy after contemporary natural disasters

Galassi, Francesco M ; Aldakak, Lafi ; Habicht, Michael E ; Rühli, Frank J

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-169630>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Galassi, Francesco M; Aldakak, Lafi; Habicht, Michael E; Rühli, Frank J (2018). The return of tetanus: from an ancient scourge to an insidious enemy after contemporary natural disasters. Informationsschrift (Koordinierter Sanitätsdienst), 1:51-53.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Der Beauftragte des Bundesrates
für den Koordinierten Sanitätsdienst KSD
Le Mandataire du Conseil fédéral
pour le service sanitaire coordonné SSC
L'incaricato del Consiglio federale
per il servizio sanitario coordinato SSC

1/18



INFORMATIONSSCHRIFT

Koordinierter Sanitätsdienst (KSD)

BULLETIN D'INFORMATION

Service sanitaire coordonné (SSC)

BOLLETTINO D'INFORMAZIONE

Servizio sanitario coordinato (SSC)

Netzwerke
Réseautages
Reti



SRMDM

Das Heft im Heft:
Publikationsorgan
der SGOS/SSOTS
in der Mitte.



Inhalt

- 3 Editorial
- 8 Die Vereinigung «Ambulanciers en Terres d'Ailleurs»
- 11 Das Herzstück von UNOS gestalten über 50 Mitarbeitende
- 14 «Für einen Moment einfach nur Kind sein»
- 16 Die neue grosse Herausforderung im Asylbereich
- 18 «Ärzte-Pool» mit freiwilligen Ärztinnen und Ärzten
- 19 1. Internationaler Kongress NNPN
- 20 Die neue Ausbildungsorganisation in der psychologischen Nothilfe: «care & peer practice»
- 22 IES Übung Basel-Stadt
- 24 SANKO als Netzwerk
- 27 Blue Screen Switzerland
- 76 Neues von der Schweiz. Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin (SGNOR)
- 78 Prof. Dr. med. Zeno Stanga
- 80 Agenda
- 81 Save the date
- 82 Adressen
- 83 Richtlinien für Autoren
- 84 Impressum, Bestellung von KSD-Unterlagen

Sommaire

- 5 Editorial
- 54 «Ambulanciers en Terres d'Ailleurs»
- 57 Les principales étapes de la mise en œuvre du nouveau développement organisationnel et structurel au SEM sont assurées par quelque 50 collaboratrices et collaborateurs
- 60 «Pouvoir être un enfant, tout simplement»
- 62 Le nouveau grand défi dans le domaine de l'asile
- 64 Un «pool de médecins» avec des médecins bénévoles
- 65 1^{er} Congrès international RNAPU
- 66 Exercice SSI Bâle-Ville
- 68 L'OSANC en tant que réseau
- 71 Blue Screen Switzerland
- 79 Professeur Dr méd. Zeno Stanga
- 80 Agenda
- 81 Save the date
- 82 Adresses
- 83 Directives pour les auteurs
- 84 Commande des documents SSC

Contenuto

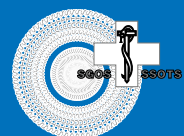
- 7 In questo numero – riassunto
- 73 Città di Lugano: si lavora in rete per la 4a Età...

SWISS REVIEW OF MILITARY AND DISASTER MEDICINE

Schweizerische Zeitschrift für Militär- und Katastrophenmedizin
Revue suisse de médecine militaire et de catastrophe
Rivista svizzera di medicina militare e di catastrofe

SRMDM

- 30 Editorial
- 32 TEMPiS – Quality data of a Telestroke Network in South-Eastern Bavaria
- 39 Netzwerken und Organspende – eine implizite Verknüpfung
- 45 Organisation von Labormedizin und Blutspende in der Schweiz
- 48 Ein Tag im Leben eines Koordinators
- 51 The Return of Tetanus: from an ancient scourge to an insidious enemy after contemporary natural disasters



Editorial

Netzwerkarbeit ist auch Beziehungsarbeit

Gut funktionierende Netzwerke, welche eine enge Koordination und Kooperation von verschiedenen Leistungserbringern ermöglichen, sind nicht selbstverständlich. Es gilt, diese Netzwerke zu hegen und zu pflegen, wie wir es auch mit einem zarten Pflänzchen tun, oder bei Freundschaften, damit sie auf lange Sicht Bestand haben. Netzwerke benötigen deshalb auch ein eigenes Netzwerkmanagement. Aufgaben und Zuständigkeiten müssen klar definiert werden, damit Netzwerkpartner wissen, welche Ressourcen, Interessen und allenfalls auch Defizite vorhanden sind. Von besonderer Bedeutung für den Koordinierten Sanitätsdienst ist auch eine optimal funktionierende zivil-militärische Zusammenarbeit. Netzwerkarbeit ist deshalb auch immer Beziehungsarbeit, die auf gegenseitigem Respekt, auf Wertschätzung und Unterstützung basiert. Das im Einsatzfall zwingend notwendige Vertrauen wird damit geschaffen und gestärkt.

Die vorliegende Ausgabe der Info-Schrift KSD vermittelt Ihnen Einblicke in verschiedene Netzwerke (zum Beispiel Nationales Netzwerk Psychologische Nothilfe, Ärztepool SRK/KSD, SANKO, Blue Screen Switzerland, Labormedizin, Spitäler), dank denen gemeinsame Aufgaben erfolgreich bewältigt werden können.

Tragen wir also weiterhin Sorge zu unseren Netzwerken, denn für eine auf Vertrauen basierende Zusammenarbeit sind sie unerlässlich.

Der Beauftragte des Bundesrates für den Koordinierten Sanitätsdienst (KSD)
Dr. med. Andreas Stettbacher



Dr. med. Andreas Stettbacher

Editorial

Le travail de réseautage est aussi un travail relationnel

Le bon fonctionnement des réseaux performants permettant une coordination et une coopération étroites entre différents prestataires ne vont pas de soi. Il s'agit de les soigner, comme on le ferait d'une plante ou de amitiés, de sorte à ce qu'ils perdurent. Les réseaux ont dès lors aussi besoin de leur propre «management» de réseautage. Les tâches et responsabilités doivent aussi clairement être définies, afin que les partenaires du réseau soient informés sur les intérêts, les ressources et éventuellement aussi les lacunes qui existent. Pour le Service sanitaire coordonné, une collaboration civilo-militaire optimale revêt une importance particulière. Le travail de réseautage est donc aussi un travail relationnel, qui se fonde sur le respect mutuel, l'estime et l'entraide. Cette attitude crée et renforce la confiance qui est absolument nécessaire en intervention.

Cette édition du bulletin d'information du SSC vous donne un aperçu de différents réseaux (par exemple le Réseau national d'aide psychologique d'urgence, le pool de médecins CRS/SSC, l'OSANC, Blue Screen Switzerland, la médecine de laboratoire, les hôpitaux), grâce auxquels il est possible de s'acquitter avec succès de tâches communes.

Continuons dès lors de prendre soin de nos réseaux, car ils sont indispensables à une coopération fondée sur la confiance.

Le mandataire du Conseil fédéral
pour le Service sanitaire coordonné (SSC)

Dr méd. Andreas Stettbacher



Dr méd. Andreas Stettbacher

In questo numero – riassunto

Franco Bianchi, giornalista, via Cantonale, 6927 Agra, membro della commissione di redazione del bollettino d'informazione sul SSC,
fbimedia@bluewin.ch

Key Words: utilità, celerità, bentornato

Iniziamo dalla fine, ritenuto che ricompare la firma dell'incaricato del Consiglio Federale per il SSC, dr Stettbacher, per la prima volta dopo la procedura di sospensione sfociata nel nulla. superata felicemente la disavventura, dunque, gli giunga un cordiale bentornato. Veniamo alla rivista, che inaugura il 2018 con un numero dedicato alle «reti» (dati e non solo) ormai indissolubilmente legate a Internet. Sono utili, celeri e indispensabili. Miglioramenti sono allo studio, ma senza saremmo nei guai. Certo, funzionando per vari enti, compiti e logistica vanno definiti con chiarezza, ma già «funzionano!» Pure a sud delle Alpi, per le quali abbiamo un servizio in italiano dedicato a quella che serve gli Istituti sociali di Lugano. Buona lettura.

L'editoriale di Stettbacher sottolinea l'importanza del lavoro in rete: si tratta, come detto, di perfezionarlo ed estenderlo il più possibile ed è per questo che nella pubblicazione troviamo esempi qualificanti su quando si è già fatto, incluso il settore militare (v. inserto SRMDM curato dal cap. dr Philipp Gruber caporedattore). Formazione ed esercitazione, come per tutto, sono fondamentali.

Psi' e migrazione

Autismo, paure, depressioni, traumi, mobbing e violenze sessuali: forse non tutti sanno che una delle «reti» nazionali particolarmente sfruttate è quella per l'aiuto d'emergenza psicologica (NNPN), di cui riferisce il segretario SSC Messerli, dopo il 1. congresso internazionale svoltosi a Lucerna. Il convegno ha evidenziato come, nello specifico, sia necessario l'intervento diretto

di specialisti, che il servizio è riservato a pazienti particolarmente delicati.

Facendo capo, invece, al fascicolo «Piazza» del Segretariato per la Migrazione, ecco 3 servizi su un altro tema di stretta attualità: l'emigrazione, con accento sull'aiuto ai minori non accompagnati e sulle novità; temi trattati: «Essere bambini per un istante», «Nuove e forti sollecitazioni per l'asilo», «Impegno, regole ed esercizi» (a Zurigo) per 50 nuovi collaboratori del SEM, in vista del progetto 2020, con le nuove norme in materia.

Messa in pratica...

Per la rete ticinese, ci siamo rivolti al dr Di Stefano, direttore sanitario degli Istituti sociali di Lugano, che coordina gli interventi per la 4a Età visto che l'età media è 86 anni; progetto partito a fine Anni 70 con una sola casa per anziani in Città e che, oggi, tocca 600 ospiti, 500 dipendenti, 6 istituti e lavori per uno nuovo (50mio di franchi, per 114 pazienti e 34 affetti di demenza senile). Un grande impegno, per la 10ma Città elvetica ormai estesa a una 15ina di Comuni.

In tema, curato da Sandra Racine, vicedirettrice SSC, il servizio sul «Blue Screen Switzerland» (BSS), strumento concepito per il sostegno logistico nazionale sul fronte personale e materiale, civile e militare.

La messa a punto regolare dei dati disponibili facilita interventi e prevenzione, h24 e 7/7. Previsto, nel 2018, un primo esercizio d'ingaggio coordinato con la centrale nucleare di Mühleberg.

Non è poco...

Tra i partner sanitari in rete troviamo anche il SANKO, organo direttivo che collabora di fatto con l'incaricato federale e che, ora, sta focalizzando il lavoro su qualità ed efficienza del servizio. Non

mancano, per finire, sia un rendiconto sulle «Esperienze di personale elvetico all'estero» nell'ambito del sistema, che si occupa di queste situazioni vuoi per catastrofi, vuoi per conflitti, sia uno sguardo a un nuovo fenomeno che si affaccia pure da noi: «I pool medici volanti».

Nell'inserto

Lo speciale della SRMDM è introdotto da Gruber che cita, come esempio tra i più lampanti, il lavoro in rete del nostro cervello, complesso biologico neurologico alla base di tutta la nostra vita, nel bene e nel male. Disporre di dati e reagire subito in caso di «ictus» è prioritario, come si rileva dalle prassi interventistiche (Telestroke) a Monaco di Baviera, in Germania.

Ma le reti sono pure altre e d'uguale rilevanza, come «L'organizzazione della medicina in laboratorio e la donazione del sangue in Svizzera»; alla stessa stregua «La rete per la donazione degli organi» strettamente legata a problemi complessi di coordinazione, trasporti, trapianti. E pure d'interesse è il servizio imperniato su «Un giorno nella vita di un coordinatore», che pure si occupa di trapianti.

Dulcis in fundo, si fa per dire, un cenno al «Ritorno del tetano», infezione di vecchia data la quale, ahinoi, è nuovamente considerata attuale dagli esperti (pure in Europa), a seguito dei sempre più frequenti disastri naturali. Un discorso legato alle vaccinazioni e alla gravità delle complicazioni se non si «lavora in rete» anche su questo fronte, ritenuto che il tetano non va per nulla preso sotto gamba. Teniamone conto. ■

Die Vereinigung «Ambulanciers en Terres d'Ailleurs» – Wenn der Schweizer Rettungssanitäter auf seine ausländischen Kollegen trifft

Marie Wicht, ambulancières ES et secrétaire de l'association «Ambulancier en Terre d'Ailleurs» MWicht@swissambulancerescue.ch

Key words: Rettungsdienst, humanitäre Reise, Austausch, gegenseitige Unterstützung

Rettungssanitäter, und was noch? Blaulicht, Martinshorn, Adrenalin, lebensbedrohlicher Notfall ... dies sind nur einige der üblichen Assoziationen zu Rettungssanitätern. Aber was heisst es wirklich, in der Schweiz als Rettungssanitäter zu arbeiten?

Beim Rettungssanitäter handelt es sich um einen noch jungen Beruf. So, wie wir ihn heute kennen, gibt es ihn erst seit rund 20 Jahren. Daher entwickelt sich dieser Beruf noch stetig weiter. Zurzeit ist für den Titel Rettungssanitäter HF auf tertiärer Stufe eine 3-jährige Ausbildung (5400 Stunden) in einer der Höheren Fachschulen der Schweiz Voraussetzung. Diese Ausbildung berechtigt zur Berufsausübung auf dem Gebiet der ganzen Schweiz.¹ Dank seiner umfassenden und anforderungsreichen Ausbildung ist der Rettungssanitäter in der Lage, die gesamte Betreuung des Patienten in einer Krisensituation selbstständig zu managen. Er arbeitet dabei gegebenenfalls zusammen mit anderen Einsatzkräften (Arzt, Feuerwehr, Polizei usw.) zusammen. Seine Tätigkeit ist Teil der Gesamtbetreuung des Patienten (vom Anruf an 144 bis zum Spital), was nachstehend durch die Rettungskette dargestellt wird.

Rettungssanitäter bei Terres d'Ailleurs

Der Beruf des Rettungssanitäters wird oft überzeichnet dargestellt. In Wirklichkeit handelt es sich um eine sehr abwechslungsreiche Tätigkeit, wo Unerwartete alltäglich ist und die zwischenmenschlichen Aspekte im Zentrum stehen.

In diesem Kontext entstand 2013 die Vereinigung *Ambulanciers en Terres d'Ailleurs*. Inspiriert von den Gründungsprinzipien des humanitären Roten Kreuzes, namentlich Humanität, Neutralität, Unabhängigkeit und Freiwilligkeit, verfolgt die Vereinigung auf humanistischer und altruistischer Basis die folgenden Ziele:

- Beitrag zur Steigerung der Versorgungsqualität im Rettungsdienst

- Entwicklung von Partnerschaften mit Rettungsdiensten auf der ganzen Welt.
- Teilnahme an der Erarbeitung eines Ausbildungsprogrammes, das auf die Bedürfnisse der Rettungsdienste ausgerichtet ist.
- Förderung des Austausches zwischen Schülern von Ambulanzschulen und den verschiedenen Partner-Rettungsdiensten.²

Die Mitglieder des Vorstandes teilen die Leidenschaft für das Reisen, den Austausch und das Kennenlernen anderen Kulturen, sowie, das ist ihnen ebenfalls gemeinsam, die Leidenschaft für den Beruf.

² <https://ambulanciersenterresdailleurs.wordpress.com/>

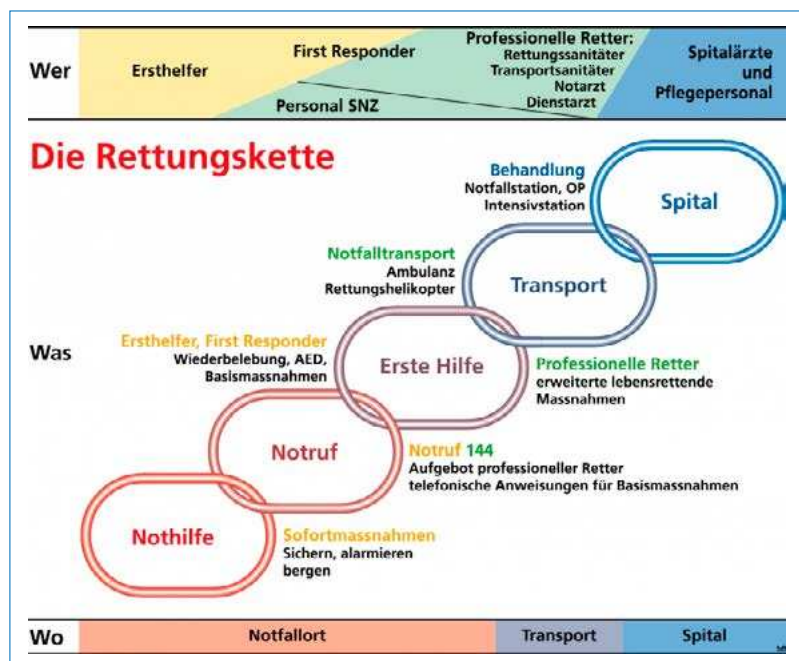


Abb 1: Rettungskette: Die Rettungskette (Quelle: Société Internationale de Sauvetage du Léman, (B. CHALON), medizinische Notfälle, Villeneuve, 2011 <http://www.sisl.ch/technique/144.htm> [Online] (besucht am 08.01.17))

¹ DIP, ESAMB (Höhere Schule für Rettungssanität), Studienführer 2016–2017 Genf, S. 3



Abb 2: Illustration ATA (Quelle: Bild von Ambulanciers/ières en Terres d'Ailleurs)

Die Projekte

Über die Jahre entstanden so dank der Motivation und Beteiligung ihrer Mitglieder zahlreiche Projekte. Ein erstes Projekt wurde in Guatemala ins Leben gerufen und durch die Präsidentin der Vereinigung, Corinne Reynard, umgesetzt, die sich auf einer Entdeckungsreise mit einer Feuerwehrbrigade austauschen konnte. Die Zusammenarbeit hat zu einer Vereinbarung über zwei bis vierwöchige Praktika für bereits diplomierte oder angehende Rettungssanitäter geführt.

Nach einem humanitären Projekt in Beirut, gegründet 2007 durch das Genfer Universitätsspital (HUG), in Zusammenarbeit mit dem Libanesischen Roten Kreuz, dem IKRK und der Ecole Supérieure de Soins Ambulanciers de Genève (ESAMB), hat die Vereinigung zu reisen begonnen, um sich auf der

ganzen Welt mit anderen Rettungssanitätern auszutauschen.

Ende 2017 reiste ein Student im 3. Ausbildungsjahr der ESAMB mit Unterstützung der Organisation für ein Praktikum von drei Wochen in den Libanon. Weitere Praktikumsprojekte wurden realisiert, so z. B. in Bolivien 2016 und 2017 (wovon ein Praktikum in Zusammenarbeit mit dem Roten Kreuz und der Stadt Sucré), in Burkina Faso 2014 und 2016. Ende 2017 sind sieben Rettungssanitäter und eine Rettungssanitäterin in Ausbildung dorthin zurückgekehrt, um die Grundausbildung der Teams vor Ort abzuschließen (Immobilisierung, BLS, Hygiene, Sicherheit, Geburten, Verbrennungen usw.) und um Material zu bringen.

Die Aufrechterhaltung einer Verbindung mit den verschiedenen besuchten Praktikumsorten ist wichtig zur Gewährleistung der optimalen Zusam-

menarbeit zwischen den Rettungssanitätern aus den bereisten Ländern und den Mitgliedern der Vereinigung.

Mehrwert

Alle diese Praktika, die auf dem Austausch insbesondere von Wissen und gegenseitiger Hilfe beruhen, haben einen realen Mehrwert für den Rettungssanitäter, egal ob noch in Ausbildung oder bereits diplomiert. Die Berufsleute, angehende oder ausgebildete, werden dabei mit Arbeitsbedingungen konfron-

tiert, die man in der Schweiz nicht mehr oder nur noch selten antrifft: fehlendes Material, seltene Pathologien, schwerwiegende Traumata (polytraumatisierte Patienten oder Schussverletzungen), archaisches Gesundheitssystem (keine Krankenversicherung). Dadurch fällt der Rettungssanitäter immer wieder aus der Komfortzone, muss sich an das lokale Terrain anpassen und sich weiterentwickeln. Dank dieser Erfahrungen kann der Fokus der Betreuung auf die zwischenmenschliche

Beziehung gelegt werden. Diese bringt einen echten Mehrwert in die Alltagspraxis der Berufsleute. Aus diesem Grund entwickelt und unterstützt die Vereinigung diese verschiedenen Projekte, sowie die Studenten, die daran teilnehmen möchten.

Die Vereinigung Ambulanciers en Terres d'Ailleurs kann auch via Internet mit Spenden unterstützt werden:

<https://ambulanciersenterresdailleurs.wordpress.com/>



Abb 3: ATA-Projekte: Eine Ambulanz in Burkina Faso (Quelle: Bildmaterial von Ambulancier en Terres d'Ailleurs)



Abb 4: Logo der Vereinigung ATA (Quelle: Bild Ambulanciers en Terres d'Ailleurs)

Das Herzstück von UNOS¹ gestalten über 50 Mitarbeitende

Staatssekretariat für Migration (SEM), Quellenweg 6, CH-3003 Bern-Wabern; Redaktion: Markus Unterfinger

Key Words: Organisation und Strukturentwicklung, Bundesasylzentrum, Asylverfahren, Aufbauorganisation

Damit 2019 das revidierte Asylgesetz angewendet werden kann, müssen im Staatssekretariat für Migration (SEM) organisatorische und strukturelle Anpassungen vorgenommen werden, welche das Projekt «Organisations- und Strukturentwicklung im SEM» (OS) vorbereitet. Das Projekt OS umfasst fünf verschiedene Teilprojekte und wird von Claudio Martelli geleitet. Die Teilprojekte sind untereinander teils eng verbunden und erfordern eine terminliche sowie inhaltliche Koordination und Abstimmung.

Teilprojekt Überführung und Übergangsphase

Asylgesuche, welche vor dem Inkrafttreten des revidierten Asylgesetzes gestellt werden, müssen nach heute geltendem Recht abgeschlossen werden. Für diese Übergangsphase hat das Teilprojekt ein Konzept erarbeitet und organisatorische Vorschläge für einen möglichst reibungslosen Abbau dieser altrechtlichen Fälle gemacht. In einem weiteren Konzept wurden die Prozesse und Abläufe definiert, die in einem Bundesasylzentrum (BAZ) ohne Verfahrensfunktion, einem so genannten «Ausreisezentrum», zur Anwendung kommen. Dieses Konzept wurde seit Anfang März 2017 im BAZ Embrach angewendet und getestet. Bis Ende August 2017 erstellte das Teilprojekt zudem ein Muster-Einführungskonzept für die Umstellung auf das neue Sys-

tem. Dieses soll den künftigen Teams der sechs Asylregionen die Arbeit erleichtern und ihnen eine praxisnahe Anleitung sowie Checklisten zur Verfügung stellen.

Teilprojekt Betrieb

Das beschleunigte Asylverfahren geht mit vielen neuen Fachprozessen einher, welche in Zukunft überwiegend in den Regionen durchgeführt werden. Von den Eintritts- und Registrierungsprozessen, über die Verteilung auf die Asylregionen und die Kantone, bis hin zum Wegweisungsvollzug und zur freiwilligen Rückkehr hat das Teilprojekt die betrieblichen Abläufe für die Normallage beschrieben. Im Testbetrieb Zürich und seit neuem auch im BAZ Embrach werden viele dieser Prozesse getestet und laufend optimiert. Diese neuen Prozesse müssen dabei verschiedenen Herausforderungen gerecht werden: Die Asylgesuchseingänge sind Schwankungen ausgesetzt; dabei muss der Prozess sowohl saisonale Schwankungen (mehr Gesuche in den Sommermonaten als in den Wintermonaten) als auch tagesaktuelle Schwankungen meistern. Zudem sind die Gesuchseingänge auch regionalen Schwankungen ausgesetzt. Erfahrungsgemäss wird die Südgrenze stärker frequentiert als andere Standorte. Nichts desto trotz müssen auch die anderen Standorte einen erhöhten Zustrom bewältigen können. Damit wir dies meistern können, ist das Teilprojekt dabei, zusammen mit den Linienverantwortlichen die Bandbreiten der Schwankungstauglichkeit aller Prozesse zu definieren. Dabei werden auch Massnahmen für die besondere und ausserordentliche Lage bestimmt. Das Teilprojekt Betrieb ist auch damit beauftragt, den Bedarf an betrieb-



Abb 1: Leitung Simon Blunier, drei Mitarbeiterinnen. Im Teilprojekt ÜÜ arbeiten Rahel Baumgartner, Simon Blunier und Angela Zumbrunn mit – (nicht auf dem Bild ist Jacqueline Jucker).

lichen Anpassungen zu eruieren: Da im neuen System «alles unter einem Dach» ist, müssen verschiedene Konzepte angepasst oder neu entwickelt werden. Beispielsweise müssen neue Modelle für die Krankenversicherung, Gesundheitsversorgung, Schule, Unterbringung und den Zentrumsbetrieb sowie die Sicherheit erstellt werden. Zur Bearbeitung dieser Themen werden ebenfalls Fachpersonen der Linie beigezogen.

Teilprojekt Aufbau und Ablauforganisation, Führungsprozesse

Dieses Teilprojekt hat den Auftrag, Varianten für das künftige Organigramm des SEM zu erarbeiten. Diese Aufbauorganisation orientiert sich in Bezug auf die Organisation der Asylregionen an den Strukturen des Testbetriebs Zürich sowie der heutigen Empfangs- und Verfahrenszentren (EVZ) und berücksichtigt die Ergebnisse der verschiedenen thematischen Workshops und Einzelaufträge zum Thema der Aufgabenteilung zwischen der Zentrale und den künftigen Regionen. Das künftige Organigramm ist auch an eine Ressourcenberechnung gekoppelt: es wird festgelegt, wie viele Mitarbeitende des SEM es künftig wo braucht

¹ Umsetzung der Neustrukturierung und Organisationsentwicklung im SEM (Staatssekretariat für Migration)



Abb 4: Das Teilprojekt steht unter der Leitung der Beschaffungsstelle des SEM, d. h. von FACTS. Für jede Ausschreibung wird zudem ein spezifisches Team FACTS/Fachlinie gebildet. Das Kernteam stellen Markus Ruof, Anja Schenk Noga, Dirk Olschewski, Jasmin Aeschlimann und Matthias Stettler.



Abb 5: Leitung Meret Stoppia, 17 Mitarbeitende

und in welche organisatorische Einheiten diese gegliedert werden. Ein weiteres grosses und anspruchsvolles Arbeitspaket liegt in der Erarbeitung eines Controlling-Systems für den Direktionsbereich Asyl. Damit die Auswertungen ab Beginn gemacht werden können, braucht es genügend Zeit für die Programmierung der ZEMISCodes. Die Arbeiten des Qualitätsbeauftragten sollen weitergeführt und das Qualitätsmanagement ausgebaut werden. Denn die Anforderungen an das Qualitätsmanagement steigen, da sichergestellt werden muss, dass mit der Beschleunigung der Asylverfahren die Qualität gewahrt wird.

Teilprojekt Beschaffung, Verträge und Finanzen

Das Teilprojekt steht unter der Leitung der Beschaffungsstelle des SEM, d. h. von FACTS. Für jede Ausschreibung wird zudem ein spezifisches Team FACTS/Fachlinie gebildet.

Das Teilprojekt stellt sicher, dass alle für die Umsetzung der Neustrukturierung von externen Partnern zu erbrin-

genden Leistungen vergaberechtlich korrekt und zeitgerecht beschafft sind (z. B. Rechtsschutz, Betreuungs- und Sicherheitsdienstleistungen). Vor einer Ausschreibung müssen jeweils zwingend die Anforderungen an die Leistungserbringer geklärt und der Bedarf präzise bestimmt werden (rechtliche Vorgaben, Art, Qualität und Volumen der benötigten Leistung, Anforderungen an den Anbieter). Das Teilprojekt baut auf den Konzepten auf, die im Teilprojekt Betrieb sowie im Teilprojekt Ablauf und Aufbauorganisation, Führungsprozesse erarbeitet werden. Eine erste Bedarfsanalyse vom Sommer 2016 hat insgesamt 16 mögliche Ausschreibungsvorhaben ergeben. Diese wurden im Teilprojekt einer ersten Analyse unterzogen und anschliessend priorisiert. Mit erster Priorität werden diejenigen Vorhaben angegangen, bei denen die öffentliche Ausschreibung 2017 durchzuführen ist. Es handelt sich dabei um die Rechtsvertretung im geplanten Pilotbetrieb Westschweiz, die Betreuungs- und Sicherheitsdienstleistungen im besonderen Zentrum sowie

Personentransporte, die aufgrund der Dezentralisierung vermehrt erforderlich sein werden.

Teilprojekt Personal

In diesem Teilprojekt werden die Voraussetzungen, Bedingungen und konkreten Instrumente erarbeitet, die sicherstellen, dass die Mitarbeitenden die Umsetzung des revidierten Asylgesetzes mittragen. Ziel ist es, dass die Mitarbeitenden für die Umstellung in ausreichender Anzahl, zum richtigen Zeitpunkt, an der richtigen Stelle und an den vorgesehenen Standorten mit den erforderlichen Qualifikationen und Kompetenzen im Einsatz stehen. Hier geht es in einem ersten Schritt darum, die «Personalstrategie Neustrukturierung Asyl» zu erarbeiten. Diese Strategie beinhaltet Themen wie Grundsätze der Gestaltung der Veränderungsprozesse (Change-Management-Ansätze), Personalrekrutierung, Personalbindung und -erhaltung, Personal- und Führungsentwicklung, Teambildung und -entwicklung sowie Unterstützungsangebote für Mitarbeitende und Füh-

rungskräfte, die im Vordergrund stehen. In nächsten Schritten werden dann die Stellenbeschreibungen für allfällige Funktionsbewertungen vorbereitet. Es gilt, ein neues Einreichungskonzept für den Dienstbereich Asyl (DB) und gegebenenfalls für andere betroffene Organisationseinheiten zu erarbeiten und dem Generalsekretariat EJPD zur Genehmigung zu unterbreiten. Zudem stehen dann die konkrete Planung und Umsetzung der Stellenbesetzungsprozesse im Vordergrund.

Diese Stellenbesetzungsprozesse werden auf der Grundlage der definierten Personalstrategie im Detail geplant und mit den zuständigen Führungskräften koordiniert und aufeinander abgestimmt. Zudem werden die Aus- und Weiterbildungsprogramme und Unterstützungsangebote für die SEM-Mitarbeitenden und -Führungskräfte im Detail konzipiert, ausgearbeitet und organisiert. Die beiden Teilprojekte Personal (TP P) und Aufbau- und Ablauforganisation, Führungsprozesse (TP AAF) arbeiten im Bereich der Stellenbeschreibungen sehr eng zusammen,

denn ihre Ergebnisse sind direkt voneinander abhängig. Auf der Grundlage der Stellenbeschreibungen, die im TP AAF erarbeitet werden, wird das Teilprojekt Personal ein Einreichungskonzept erstellen. Die Arbeiten in beiden Teilprojekten basieren auf einer gemeinsamen Zeitplanung, die eng und laufend untereinander abgestimmt und koordiniert wird. ■

«Für einen Moment einfach nur Kind sein»

Staatssekretariat für Migration (SEM), Quellenweg 6, CH-3003 Bern-Wabern; Redaktion: Markus Unterfinger; Interview mit Larissa Mettler, Direktorin Nationale Programme bei «Save the Children»

Key Words: Save the children, Asylorganisation, Betreuungsangebot psychosoziale Unterstützung

«Save the Children» wurde von der britischen Kinderrechtsaktivistin Eglantyne Jebb nach dem Ersten Weltkrieg gegründet. Sie warb beim Völkerbund in Genf für eine internationale Konvention für die Rechte von Kindern. 1924 wurde die erste Erklärung der Kinderrechte verabschiedet, die Déclaration de Genève. Seit 2006 ist die Zewo-zertifizierte Organisation «Save the Children» auch in der Schweiz aktiv.

Interview mit Larissa Mettler, Direktorin Nationale Programme bei «Save the Children»

Frau Mettler, wieso kümmert sich «Save the Children» in der Schweiz vor allem um asylsuchende Kinder?

Minderjährige Asylsuchende gehören in der Schweiz zu den am stärksten benachteiligten Kindern. Sie müssen daher besonders gefördert werden, um eine Zukunftschance zu haben. Kein Kind ist wie das andere, doch es sind immer die gleichen Faktoren, die dafür sorgen, dass ein Kind auch mit besonders schwierigen Situationen umgehen kann: fürsorgliche Erwachsene, Freunde, Zeit zum Spielen sowie die Chance, sich einzubringen und zu entfalten. All das macht Kinder widerstandsfähig – hier setzen wir mit unserem Programm kinderfreundliche Räume an. Im Empfangs- und Verfahrenszentrum (EVZ) Kreuzlingen hat «Save the Children» den ersten kinderfreundlichen Raum in einem Bundesasylzentrum des SEM eingerichtet. Was waren dabei die Herausforderungen? Wir haben ausgesprochen gute Erfahrungen ge-

macht. Die Zusammenarbeit mit der AOZ¹ und dem SEM war von Anfang an von Vertrauen geprägt. Dabei sind wir alle geleitet von der gemeinsamen Absicht, die Situation für die Kinder zu verbessern. Durch einen offenen regelmässigen Austausch haben alle beteiligten Organisationen sehr viel gelernt und das Projekt konnte laufend verbessert werden. Es ist das erste Mal, dass «Save the Children» ein Pilotprojekt in der Schweiz implementiert. Das heisst, auch wir haben im letzten Jahr eine steile Lernkurve erlebt. Wir hätten zum Beispiel viel früher einen Team- und Weiterbildungstag für die Mitarbeitenden der AOZ und von «Save the Children» organisieren sollen, um das gemeinsame Verständnis der Ziele und des zugrunde liegenden Konzepts des Projekts von Anfang an sicherzustellen. Wie läuft nun der Betrieb konkret ab? Die beiden kinderfreundlichen Räume im EVZ Kreuzlingen sind an Wochentagen täglich geöffnet. Die Kinder werden jeweils von zwei Mitarbeitenden von «Save the Children» und einer Person der AOZ betreut. Ein Raum ist für kleinere Kinder eingerichtet, ein zweiter für ältere Kinder und Jugendliche. Die Kinderbetreuenden bereiten täglich ein Programm vor. Dabei sind verlässliche Strukturen und sich wiederholende Rituale für die Kinder besonders wichtig. Im Programm werden Bewegungsspiele, musische Elemente sowie Basteln, Kunst und Sprache integriert. Auf Wunsch von jugendlichen Asylsuchenden gibt es speziell für ältere Kinder auch ein Angebot an Mathematik- und Denkübungen. Ein wichtiger Ansatz im Programm ist das Zugehörigkeitsgefühl. Auch ein blindes, gehörloses

1 Asylorganisation Zürich (Betreuungsorganisation)



Abb 1: Larissa Mettler, Direktorin Nationale Programme bei Save the Children

oder geistig beeinträchtigtes Kind wird gefördert und erhält ein stimulieren- des Umfeld. Jedes Kind kann selbst entscheiden, ob es an den Aktivitäten teilnehmen möchte. Wir ermuntern auch Eltern, sich ins Programm einzubringen. Das Betreuungsangebot gibt ihnen jedoch auch die Möglichkeit, sich einmal auszuruhen.

Die Kinder sind häufig nur wenige Wochen in einem Bundesasylzentrum. Können sie sich in dieser kurzen Zeit von traumatischen Erlebnissen erholen und Fortschritte machen?

Wir erleben täglich, wie sich die Kinder positiv entwickeln. Das ist die grösste Motivation für unsere Arbeit! Als zum Beispiel der fünfjährige Nabil (Name geändert) aus Afghanistan zum ersten Mal in unseren kinderfreundlichen Raum kam, war er verhaltensauffällig. Er zerstörte häufig die Bastelarbeiten der anderen Kinder. Als ich ihn einige Wochen später wieder traf, hatte er sich auf beeindruckende Weise entwi-

ckelt. Er konnte sich jetzt über längere Zeit auf etwas konzentrieren und hatte viele Worte auf Deutsch gelernt. Seine Bastelarbeiten zeigte er stolz seinem Onkel. Er half sogar beim Aufräumen mit und erklärte den neuen Kindern, wo die Stifte und der Leim hingehören. Nabils Geschichte ist keine Ausnahme. Diese Erfahrungen zeigen uns, dass sich die Kinder an den geschützten Rückzugsorten erholen und psychosozialen Stress abbauen. Hier können sie für einen Moment einfach nur Kinder sein. Je früher Kinder, die Traumatisches erlebt haben, das Erlebte spielerisch oder kreativ verarbeiten können, desto schneller erholen sie sich.

Nun sollen in weiteren Bundesasylzentren kinderfreundliche Räume eingerichtet werden. Wie sieht der weitere Fahrplan aus?

Einerseits arbeiteten wir im EVZ Kreuzlingen daran, das Programm vollständig an die AOZ zu übergeben. Andererseits freuen wir uns sehr, einen weiteren kinderfreundlichen und diesmal zusätzlich auch einen jugendfreundlichen Raum im EVZ Bern eröffnen zu dürfen. Das Programm beginnt im September 2017. Auch in Bern wird das Programm zuerst von «Save the Children» Mitarbeitenden gemeinsam mit ORS²-Personal durchgeführt. Nach einem Jahr werden wir den Betrieb an die ORS übergeben. Dazu bieten wir den Betreuerinnen der ORS Weiterbildungen zur psychosozialen Unterstützung von Kindern an. Mit der Zentrumsleitung erarbeiten und verankern wir Kinderschutzrichtlinien und -praktiken. Neben dem Betrieb weiterer kinderfreundlicher Räume werden wir durch unsere Fachkenntnisse und die Erfahrungen Emp-

fehlungen zur Unterstützung und zum Schutz von begleiteten und unbegleiteten asylsuchenden Kindern entwickeln. Wir wollen Betreiberorganisationen, Behörden und die Öffentlichkeit für die Bedürfnisse und das Potenzial asylsuchender Kinder sensibilisieren. Und wir werden uns für die optimale Umsetzung der Kinderrechte auch für Flüchtlingskinder einsetzen. ■

Die neue grosse Herausforderung im Asylbereich

Staatssekretariat für Migration (SEM), Quellenweg 6, CH-3003 Bern-Wabern; Redaktion: Markus Unterfinger

Key Words: Minderjährige Asylsuchende, Kindergerechte Betreuung, Unterbringung, UN-Kinderrechtskonvention

Die Bundesverfassung wie auch die UN-Kinderrechtskonvention verpflichten den Staat, die Unversehrtheit von Kindern und Jugendlichen zu schützen und ihre Entwicklung zu fördern. Dieses übergeordnete Kindesinteresse muss bei allen staatlichen Massnahmen und somit auch bei der Unterbringung und Betreuung von unbegleiteten minderjährigen Asylsuchenden (UMA) und Kindern in den Bundeszentren berücksichtigt werden. Dieser Artikel stellt die verschiedenen Pilotprojekte vor, die das SEM angestossen hat, um den Bedürfnissen von Kindern und UMA gerecht zu werden.

Die Zahl der UMA hat sich vervielfacht

Die steigende Anzahl UMA sowie die voraussichtlich längere Unterbringungsdauer der UMA in den Strukturen des Bundes im Rahmen der Neustrukturierung haben dazu geführt, dass die Abteilung Empfangs- und Verfahrenszentren (AEVZ) in einem Kurzkonzept Mindeststandards für die Betreuung und Unterbringung von UMA in den Bundeszentren ausgearbeitet hat und diese Mindeststandards nun in einem Pilot testen möchte.

UMA haben aufgrund ihres Alters sowie des Umstandes, dass sie ohne Eltern oder sonstige Sorgeberechtigte in die Schweiz gereist sind, besondere Schutzbedürfnisse. 2015 haben rund 2500 UMA ein Asylgesuch in der Schweiz gestellt. Verglichen mit 2014 bedeutet dies eine Zunahme der Gesuche dieser vulnerablen Gruppe um ein

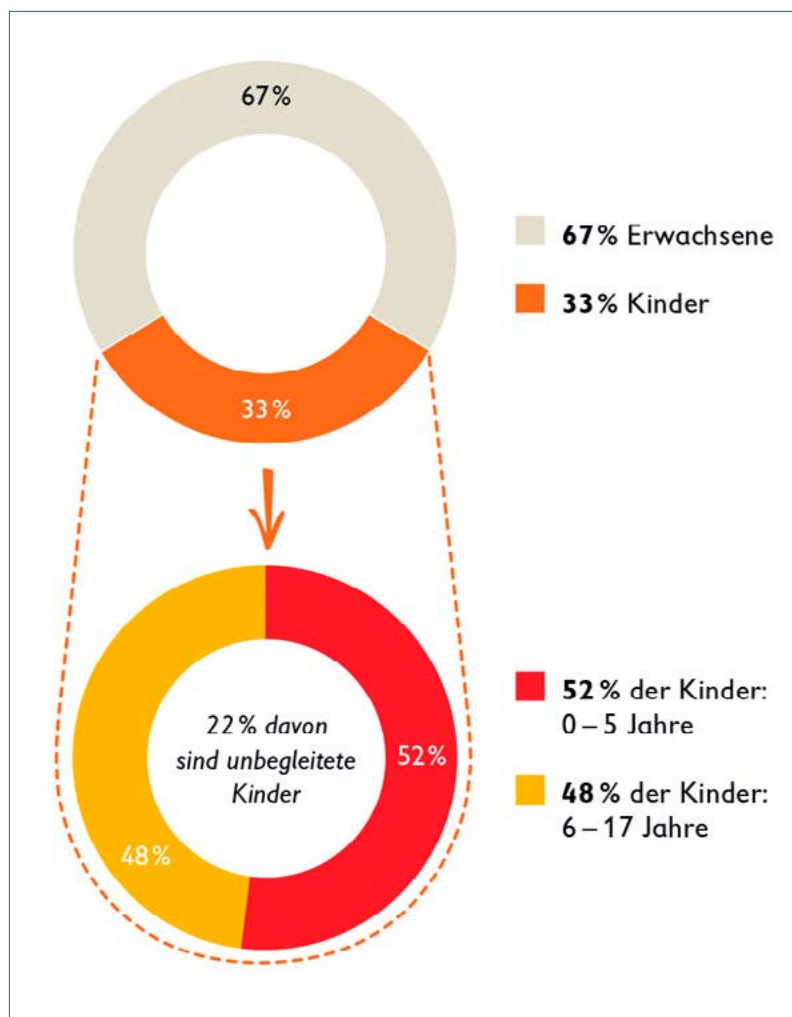


Abb 1: Asylanträge Schweiz 2016

Mehrfaches (2014: rund 700 Gesuche). Auch wenn 2016 wieder weniger UMA in die Schweiz eingereist sind, war die Anzahl UMA-Gesuche per Ende Dezember 2016 mit 1994 immer noch hoch. Es ist davon auszugehen, dass dieser Trend auch 2017 und in den nachfolgenden Jahren anhalten wird.

Die Kantone gehen sehr unterschiedlich auf die spezifischen Bedürfnisse von UMA ein. Die Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozi-

aldirektoren (SODK) hat aufgrund der steigenden Anzahl UMA in Zusammenarbeit mit den Kantonen Empfehlungen zu unbegleiteten minderjährigen Kindern und Jugendlichen aus dem Asylbereich publiziert. Damit wird eine kantonale Harmonisierung insbesondere in den Bereichen Unterbringung und Betreuung von UMA angestrebt. Diese SODK-Empfehlungen können in den Zentren des Bundes nicht direkt angewendet werden, da sich die auf Bundesebene geltenden Grund-

bedingungen wesentlich von den auf kantonaler Ebene herrschenden Grundbedingungen unterscheiden, insbesondere in den Bereichen Aufenthaltsdauer, Fluktuation und Unterbringungsform. UMA benötigen in der Regel im Vergleich zu erwachsenen Asylsuchenden einen erhöhten Betreuungsaufwand. Im Rahmen des Pilots sollen nun die im Kurzkonzept und Projektbeschrieb definierten Standards betreffend Unterkunft und Betreuungsumfang und -intensität in den drei ausgewählten Pilotstandorten Basel, Losone und Testbetrieb Zürich getestet werden. Hauptziel des Pilots ist die Sicherstellung einer alters- und kindsgerechten Betreuung und Unterbringung der UMA in den Zentren des Bundes. Diese wird einerseits durch den Aufbau einer sozialpädagogischen Betreuung sichergestellt, andererseits müssen den UMA Rückzugs- und Schlafmöglichkeiten zur Verfügung gestellt werden, welche nach Geschlechtern getrennt und getrennt von den erwachsenen Gesuchstellern eingerichtet sind.

Betreuung durch Sozialpädagogen

Zur Sicherstellung einer alters- und kindsgerechten Betreuung der UMA in den Zentren des Bundes unter Einhaltung der vorgegebenen Standards ist der Aufbau einer sozialpädagogischen UMA-Betreuung vorgesehen. Dafür werden pro Zentrum zwei Sozialpädagogen angestellt, welche je nach Anzahl UMA zusätzlich durch Betreuungspersonal aus dem ORS¹/AOZ²-Betreuungspool unterstützt werden. Die Sozialpädagogen sind verantwortlich für die sozialpädagogi-

sche Schulung der ORS/AOZ Betreuungspersonen, damit diese bei Bedarf einsetzbar sind. Weiter sind die Sozialpädagogen zuständig für die Planung der Tagesaktivitäten, die Gruppeneinteilung der UMA sowie die UMA-Dossier Führung. Jeder Sozialpädagoge betreut maximal 30 UMA-Dossiers, in welchen die täglich bzw. wöchentlich stattfindenden persönlichen Gespräche mit den UMA und deren Entwicklungen festgehalten werden. Unter der Leitung der Sozialpädagogen wird den UMA eine betreute Tagesstruktur von 15 Stunden pro Tag, sieben Tage die Woche (105 Stunden) geboten, d. h. dass jeden Tag von 7.00 Uhr morgens bis um 22.00 Uhr abends mindestens ein Sozialpädagoge bzw. eine sozialpädagogisch on-the-job geschulte Betreuungsperson als Ansprechperson vor Ort ist. Das Betreuungsverhältnis beträgt 1:15, d. h., pro 15er-UMA-Gruppe ist mindestens ein Sozialpädagoge bzw. eine sozialpädagogisch on-the-job geschulte Betreuungsperson als Ansprechperson vor Ort.

Unterbringung in eigenen Räumen

Zur Sicherstellung einer alters- und kindsgerechten Unterbringung der UMA in den Zentren des Bundes unter Einhaltung der vorgegebenen Standards sind den UMA Rückzugs- und Schlafmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen, welche geschlechtergetrennt und getrennt von den erwachsenen Gesuchstellern eingerichtet sind. Einzige Ausnahme davon bildet die Unterbringung von weiblichen UMA mit alleinstehenden erwachsenen Frauen, wenn die Belegungssituation in den Zentren eine Unterbringungstrennung nicht mehr erlaubt. Zudem sind im Falle von räumlichen Überkapazitäten UMA und ihre volljährigen Geschwister so-

weit möglich gemeinsam unterzubringen, um den Bedürfnissen des UMA Rechnung tragen zu können, ohne die Geschwister voneinander zu trennen. Wenn immer möglich, werden UMA in Zimmern mit Personen desselben Sprach- und Kulturkreises bzw. mit Reisegefährten untergebracht. Dort wo möglich und sinnvoll, werden ausserdem altersspezifische Gruppen im Sinne von Wohngruppen gebildet. Der Pilot dauert bis etwa Ende 2018, wobei ein fließender Übergang in das neue System vorgesehen ist. Im ersten Jahr wird der Pilot einer externen Evaluation unterzogen. Die daraus gezogenen Resultate werden dem SEM als Diskussionsgrundlage für die Ausarbeitung und Festlegung der künftig geltenden Unterbringungs- und Betreuungsstandards in den Empfangs- und Verfahrenscentrum (EVZ), Bundeszentrum (BZ) und den künftigen Bundesasylzentren mit Verfahren dienen. ■

1 ORS Service AG (Betreuungsorganisation)

2 Asylorganisation Zürich (Betreuungsorganisation)

«Ärzte-Pool» mit freiwilligen Ärztinnen und Ärzten

Hana Kubecek, Beratungsmandat für Marketing und Kommunikation sowie Projektleitung beim Koordinierten Sanitätsdienst, Eidgenössisches Departement für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport VBS, Ittigen, hana.kubecek@vtg.admin.ch

Key Words: Ärzte-Pool, freiwillige Ärztinnen und Ärzte, Kompetenzdatenbank

Derzeit bauen der Koordinierte Sanitätsdienst (KSD) und das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) gemeinsam einen Ärzte-Pool auf, damit für den Ernstfall im Inland entsprechend vorgesorgt ist.

Bei ausserordentlichen Ereignissen mit einer hohen Zahl an Betroffenen sind für deren Versorgung langjährige medizinische Erfahrungen und fundiertes Fachwissen überaus wertvoll. In solchen Situationen können Ärztinnen und Ärzte 60plus als Freiwillige eine wichtige Stütze der medizinischen Betreuung bilden und die Behörden effektiv bei der Gesundheitsversorgung entlasten.

Sowohl der Koordinierte Sanitätsdienst (KSD) als auch das Schweizerische

Rote Kreuz (SRK) bereiten sich mit verschiedenen Massnahmen auf einen möglichen Ernstfall vor. Für beide Organisationen stellen Ärztinnen und Ärzte 60plus ein grosses Potenzial dar. Da sowohl das SRK als auch der KSD deren Kompetenzen für freiwillige Einsätze im Ernstfall nutzen wollen, drängt sich auf, gemeinsam in Kooperation einen «Ärzte-Pool» aufzubauen.

Ein «Ärzte-Pool» ermöglicht, die Kompetenzen, Verfügbarkeit und Einsatzwünsche der freiwilligen Ärztinnen und Ärzte systematisch zu erfassen und mit gezielten Weiterbildungen auf Einsätze im Ernstfall vorzubereiten. Eine stets aktuelle Kompetenzdatenbank ermöglicht zudem einen raschen Einsatz der benötigten medizinischen Freiwilligen.

Der «Ärzte-Pool» steht kurz vor der Inbetriebnahme und soll von einer ärzt-



Abb 1: Ein Erdbeben hinterlässt viele Verletzte, die rasch behandelt werden müssen. (Foto: Bundesamt für Bevölkerungsschutz BABS)

lichen Fachperson geleitet werden. Eine erste Weiterbildung ist im Frühjahr 2018 geplant. Gegenwärtig gehören bereits 20 medizinische Freiwillige dem «Ärzte-Pool» an. ■



Abb 2: Im Falle einer Pandemie soll sich die Bevölkerung rasch impfen lassen können. (Foto: DRK)

Internationaler Kongress NNPN

Bruno Messerli, Leiter Sekretariate KSD/SFG, Geschäftsstelle KSD, Worbentalstrasse 36, 3063 Ittigen, bruno.messerli@vtg.admin.ch

Key Words: Psychologische Nothilfe, Kinder und Jugendliche, PsySTART, Laien und Profis.

Am 14. September 2017 fand in Luzern der erste internationale Kongress des Nationalen Netzwerks Psychologische Nothilfe (NNPN) statt zum Thema «Psychologische Nothilfe bei Kindern und Jugendlichen».

Es ist eine Tatsache, dass in diesem Bereich in der Vergangenheit zwar schon einiges getan wurde, aber dennoch ein grosser Handlungsbedarf besteht. Der Kongress bot dazu eine willkommene Gelegenheit, Verbesserungsmassnahmen zu postulieren. Es war spannend zu erfahren, welche Vorgehensweisen und Betreuungsformen im Ausland praktiziert werden. Referenten aus Frankreich und den USA präsentieren ihre praxisbezogenen Einsatzmöglichkeiten.

Probleme bei Kindern und Jugendlichen sind bekanntlich vielfältig, sei es in der Erziehung, Probleme beim Lernen, Entwicklungsschwierigkeiten (Autismus), emotionale Probleme (Ängste, Depression, Trauma), Beziehungsprobleme oder in Krisensituationen wie bei einem Verlust einer Bezugsperson, bei Gewalterfahrung, Mobbing, sexuelle Übergriffe oder psychiatrische Auffälligkeiten.



Abb 2: Podiumsdiskussion zum Thema: «Akutintervention: Laien versus Profis»

Es ist doch so: Wenn sich das Verhalten von Kindern oder Jugendlichen mit oder ohne erkennbare Ursache plötzlich ändert, kann dies durchaus ein Warnzeichen auf ein ernst zu nehmendes Problem sein.

Durch frühzeitiges Erkennen von problematischen Entwicklungen können Eltern, Erzieher und Betreuer entgegenwirken, dass Kinder und Jugendliche psychische Probleme entwickeln oder sich bestehende psychische Störungen verstärken.

Häufig versuchen Eltern mit ihrem Kind viel zu lange, ein Problem zu lösen, bis sie sich Unterstützung suchen. Gerade wenn sie mit mehreren Belastungen gleichzeitig konfrontiert sind, sollten sie nicht zu lange damit warten, Hilfe zu suchen. Denn sie tun weder sich noch ihrem Kind einen Gefallen damit.

Professionelle Hilfe anzunehmen, muss niemandem peinlich sein. Ganz im Gegenteil: Früherkennung und Prävention sind sehr wichtige Themen, denen in Zukunft eine noch grössere Bedeutung geschenkt werden sollte.

Am Nachmittag fanden Workshops zu folgenden Themen statt:

- Risikobasiertes mehrstufiges Interventionskonzept zur Betreuung von Kindern und Jugendlichen nach einem traumatischen Ereignis
- Lessons observed in the application of the PsySTART Triage Systems in real world disasters, terrorism and medical trauma
- Accompagner l'enfant et sa famille à sortir d'un événement violent: quelle suite donner à leur prise en charge?
- Was soll ich tun? Beratung und Ressourcenförderung für Eltern von Kindern und Jugendlichen nach einem schwerwiegenden Ereignis
- Management d'intervention: Mise en œuvre d'un concept de centre



Abb 1: Prof. Merritt Schreiber aus Los Angeles bei seinem Referat zu PsySTART

de prise en charge pour un grand groupe d'impliqués

Das Schlussbouquet bildete eine mit Laien und Profis zusammengesetzte Diskussionsrunde. Es war unbestritten, dass für die psychologische Nothilfe bei Kindern und Jugendlichen unbedingt auch berufsübergreifende Unterstützung nötig ist. Wichtig sei zudem, dass Betroffene sehr bald wieder Eigenverantwortung übernehmen können. Sie müssen mit ihren Ängsten konfrontiert werden, damit die negativen Erlebnisse möglichst schadlos überwunden werden können. Ebenso wichtig sind der Einbezug und die Betreuung der Eltern, damit sie nicht durch ihr Verhalten zusätzliche Erkrankungen bei den Kindern auslösen.

Der Kongress sollte gewissermassen der Auftakt dazu sein, eine vertiefte Auseinandersetzung über Weiter- und Fortbildung der psychologischen Nothilfe zu lancieren, welche das NNPN in naher Zukunft gemeinsam mit den Ausbildungsinstitutionen führen will.

Die neue Ausbildungsorganisation in der psychologischen Nothilfe: «care&peer practice»

Stefan Trachsel, Chef Geschäftsstelle Koordinierter Sanitätsdienst (KSD), Worblentalstrasse 36, 3063 Ittigen, stefan.trachsel@vtg.admin.ch

Key Words: Psychologische Nothilfe, Care- und Peerkurse, care&peer practice, Ausbildungsorganisation

Unfälle, Gewalteinwirkungen oder Katastrophen können bei Betroffenen, Einsatzkräften und Helfern zu extremen Belastungen, psychischen Reaktionen und seelischen Überlastungen führen. Diese können sich auf die Handlungs- und Leistungsfähigkeit von Betroffenen auswirken und deren Gesundheit belasten.

Bei der Bewältigung von traumatisierenden Ereignissen und Notlagen ist deshalb eine kompetente psychologische Betreuung von Betroffenen, Einsatzkräften und Helfern zentral. Für diese belastende Aufgabe werden Care- und Peer-Teams in psychologischer Nothilfe auf ihre Einsätze vorbereitet und geschult.

Rund um die Uhr erreichbar

Zur Unterstützung bei der Bewältigung von ausserordentlichen Ereignissen stehen den Blaulichtorganisationen in den Kantonen rund um die Uhr Einsatzkräfte der Care- und Peer-Teams zur Verfügung. Diese unterstützen und begleiten Betroffene in der Akutphase eines Ereignisses im Sinne der psychologischen Nothilfe. Ihre Intervention soll helfen, traumatisierende Ereignisse bestmöglich zu verarbeiten und mögliche Spätfolgen bei Betroffenen zu verhindern.

Um in Notlagen und bei traumatisierenden Ereignissen professionell zu handeln und zu unterstützen, werden Care-Givers und Peers seit eineinhalb Jahrzehnten fundiert aus- und weitergebildet. «Bereits in den Anfangsjahren durfte ich die Care-Kurse besuchen und habe diese positiv erlebt. Wertvol-

le Kontakte von damals sind bis heute geblieben. Dieses Netzwerk ist aus meiner Sicht der grosse Mehrwert bei einem gesamtschweizerischen Kursangebot», sagt Jürg Mayer, Mitglied Leitung Care Team Grischun.

Unter neuer Federführung ...

Anfang 2017 ist die Federführung bei der Care-Ausbildung auf Stufe Bund vom Bundesamt für Bevölkerungsschutz (BABS) an den Koordinierten Sanitätsdienst (KSD) übergegangen. Für Dr. med. Andreas Stettbacher, Beauftragter des Bundesrates für den KSD, ist die psychologische Nothilfe ein wichtiges Element in der Schadensbewältigung. Zusammen mit dem Verein notfallpsychologie.ch und der Stiftung CareLink sowie mit Unterstützung des BABS wurde das Ausbildungsformat überarbeitet. Heute wird es als «care&peer practice» angeboten.

...aber mit Kontinuität

Die Übergabe der Ausbildung verlief ideal: Hans Gonseth, der bis 2016 beim BABS für die Care-Ausbildung zuständig war, spielt auch bei «care&peer practice» eine tragende Rolle. Jürg Mayer bestätigt: «Die Weiterführung der Ausbildung der psychologischen Nothilfe durch care&peer practice mit den gleichen Dozenten und gleichem Konzept unter dem Dach des KSD bedeutet für das Care-Team Grischun eine wertvolle Kontinuität.» Die Suche nach neuen Angeboten ist für den Bündner nicht nötig: «Das Amt für Militär und Zivilschutz schätzt die hohe Ausbildungskompetenz und schickt seine Steinböcke mit gutem Gewissen auf die Reise nach Schwarzenburg. Bis jetzt hat sich die Reise gelohnt.»



Abb 1: Offizielles Logo

Erfahrungsaustausch

Hans Gonseth schätzt es, wenn die Gruppe der Kursteilnehmenden eine bunte Mischung darstellt: «Im Einführungskurs beispielsweise geht es nicht nur darum, einen generellen Überblick über die psychologische Nothilfe zu erhalten. Die Teilnehmenden können Erfahrungen austauschen und bekommen einen Einblick in andere Aufgabenbereiche.»

Vor Kursbeginn macht sich der Ausbilder jeweils so seine Gedanken: Welchen Gewinn werden die Teilnehmenden aus dem Kurs ziehen? Werden sie den Respekt vor den Rollenspielen überwinden? Sind sie bereit, sich mit sich selbst auseinander zu setzen? Gerade die Auseinandersetzung mit sich selbst ist ein zentraler und nachhaltiger Bestandteil des Kurses. Rollenspiele, die mit Video dokumentiert und besprochen werden, verunsichern viele zu Beginn. Die Erfahrung zeigt aber, dass Hemmungen schnell abgelegt werden und oft sogar insgeheim Begeisterung aufkommt.

Selbstreflexion und Feedback

Anhand von Selbstreflexion und von Feedback sowie in der Auseinandersetzung mit Themen wie Umgang mit

Stress, Tod und Sterben und Abgrenzung gewinnen die Teilnehmenden Erkenntnisse zur eigenen Person. Einsteigende erkennen ihre Eignung als Care-Giver oder Peer, Erfahrenen hilft die Vertiefung in diese Themen bei einem späteren Einsatz und gibt Selbstvertrauen und Zuversicht in eigene Fähigkeiten und Ressourcen. Die intensive Beschäftigung mit diesen Themen anhand von konkreten Beispielen schafft ein gutes Fundament im Umgang mit Menschen, die von einem belastenden Ereignis betroffen sind.

Oft werden die Teilnehmenden zu einer verschworenen Gemeinschaft. Hans Gonseth: «Für mich ist wichtig, dass es in der Runde Platz hat für Berichte von eigenen Einsätzen und persönlichen Erlebnissen. Dabei gilt die Abmachung, dass Persönliches innerhalb der Klasse bleibt und nicht nach aussen getragen wird. Für Aussenstehende bleibt die Zimmertüre geschlossen.»

Care-Givers und Peers

Care-Givers sind in psychologischer Nothilfe ausgebildete, nicht professionelle Helfer, die in einer organisierten Struktur Opfern von traumatisierenden Ereignissen sowie deren Angehörigen, Zeugen, Spontanhelfern emotionale und praktische Betreuung anbieten und bei Bedarf professionelle Hilfsangebote vermitteln.

Peers sind in psychologischer Nothilfe ausgebildete Angehörige von Einsatzkräften und bestimmten Berufsgruppen. Sie informieren ihre Kolleginnen und Kollegen über mögliche Folgen von traumatisierenden Ereignissen und zeigen ihnen Methoden und Techniken der Stressbewältigung auf. Während und nach traumatisierenden Ereignissen tragen sie zur Erhaltung oder Wie-

derherstellung der Einsatzfähigkeit ihrer Kolleginnen und Kollegen bei.

Ausbildung 2018

Care- und Peer-Kurse werden von speziell ausgebildeten Notfallpsychologinnen und Notfallpsychologen zusammen mit erfahrenen Dozierenden des BABS geleitet. Die Kurse werden im Eidgenössischen Ausbildungszentrum Schwarzenburg (EAZS) oder vor Ort bei der jeweiligen Betreuungsorganisation durchgeführt. Die Administration der Kurse wird über die Stiftung CareLink abgewickelt.

Nachdem im Übergangsjahr vor allem die Grundausbildung angeboten wurde, bestehend aus dem Einführungskurs in die psychologische Nothilfe und dem Fachkurs Einzelbetreuung für Care Givers und Peers, liegt der Fokus 2018 auf den Weiterbildungskursen. Zusätzlich werden in Zusammenarbeit mit der Stiftung CareLink neu auch Übungen für Care Teams angeboten.

Für Informationen zum Kursangebot 2018: www.careandpeer.ch ■

IES Übung Basel-Stadt: Vernetzung erfahren

Christine Tobler, Leiterin Geschäftsstelle Kantonale Krisenorganisation, Justiz- und Sicherheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, Kantonspolizei, Kantonale Krisenorganisation (KKO), Spiegelgasse 6, 4001 Basel, christine.tobler@jsd.bs.ch

Key Words: Ereignisübung, IES-Einsatz, Vernetzung

Bei einem KKO-Ereignis ist eine Vielzahl von Akteuren departementsübergreifend im Einsatz. In der heutigen Zeit und mit dem Ausmass von KKO-Ereignissen ist es auch nicht möglich, auf der Basis von individuell geführten Excel-Listen die Daten von Opfern und damit Betroffenen aktuell zu halten und damit zu arbeiten. Dazu braucht es ein modernes vernetztes System, welches in Basel-Stadt seit zum Einsatz kommt.

Der Geschäftsstelle der kantonalen Krisenorganisation Basel-Stadt ging es darum, einmal sichtbar aufzuzeigen, wer alles mit dem Informations- und Einsatz-System (IES) verbunden ist. Dieses System läuft aus der Perspektive der Front (Schadenplatz) gesehen eher im Hintergrund, aber dort ist es unentbehrlich. Das IES bleibt von Beginn des Ereignisses bis einige Tage danach für das Datenmanagement verschiedenster Akteure zentral.

An der Ereignisübung vom 24. und 25. Oktober 2017 fanden sich zuerst die Disponenten der Sanitätsnotrufzentrale im Ausbildungszentrum Bäumlihof

ein. Sie wurden über das rudimentäre Szenario eines Zugunfalles mit vielen Betroffenen informiert und lösten daraufhin im IES den Einsatz aus. Zu Beginn gab es nur wenige Informationen und die übliche «Chaosphase». Kurz darauf war das Ereignis im IES eröffnet und die erste Anfrage ging an die mit dem IES verbundenen Spitäler, nämlich mit der Frage wer wieviel Platz zur Verfügung hätte für Verletzte. Die Spitäler, für die Übung ebenfalls vor Ort im Bäumlihof, empfingen die Nachricht und machten Rückmeldungen über ihre aktuelle Notfallaufnahmekapazität. Im Verlauf dieser ersten Stunden gab es in hoher Kadenz neue Informationen, erste konkrete Meldungen von Patienten und Schweregrad der Verletzungen sowie eine Ausweitung des Hospitalisationsraumes wegen des Massenanfalls an Verletzten und dem erkannten Verletzungsmuster.

Um die Synergie zu nutzen, wurde zeitgleich eine Sammelplatz-Übung durchgeführt. In Zusammenarbeit mit unserem Nachbarkanton Basel-Landschaft standen über 20 Figuranten bereit als unverletzte Betroffene des Unfalls. Diese trafen beim Sammelplatz ein, der sich in Basel-Stadt permanent im Ausbildungszentrum Bäumlihof befin-

det. Die Figuranten wurden dort empfangen, registriert und befragt. Dazu waren auch externe Partner wie CareLink im Einsatz, der unentbehrliche Zivilschutz und auch die Staatsanwaltschaft, welche die amtliche Befragung vornahm von Personen mit Meldungen, die für die Klärung des Ereignisses relevant sein könnten.

Für die IES-Übung und zur Erprobung der Abläufe in der Zusammenarbeit traf auch schon bald das Support-Team Basel-Land ein, welches im Ereignisfall den Checkpoint auf dem Schadenplatz sicherstellt. Im Hintergrund wurden laufend Daten eingespiessen von Personen und Beschreibungen von Streugut (Taschen, Unterlagen, verlorene Telefone usw.). Diese wurden erst manuell erfasst und dann ins IES eingegeben. Die Vertreterinnen der Staatsanwaltschaft kümmerten sich nach ihrem Eintreffen darum, lückenhafte Informationen zusammenzuführen, Streugut zuzuordnen und die Daten zu bearbeiten. Die Staatsanwaltschaft ist auch jene Behörde, die als einzige einen Fall im IES abschliessen kann – meist lange, nachdem er von der Sanitätsnotrufzentrale eröffnet wurde.



Abb 1: Erfassen von Personendaten am Computer



Abb 2: Das aufgeregte Summen, wenn die Kadenz an Meldungen hoch ist



Abb 3: Diskussionen um das System und Anregungen für Nutzer und Entwickelnde gleichermaßen



Abb 4: Tue Gutes und sprich davon: Gäste waren uns sehr willkommen!



Abb 5: Momentaufnahme eines Betreuungsgesprächs am Sammelplatz

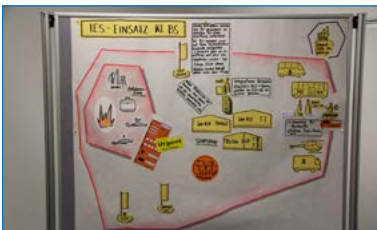


Abb 6: Die Vernetzung verstehen – vom Schadenplatz ...

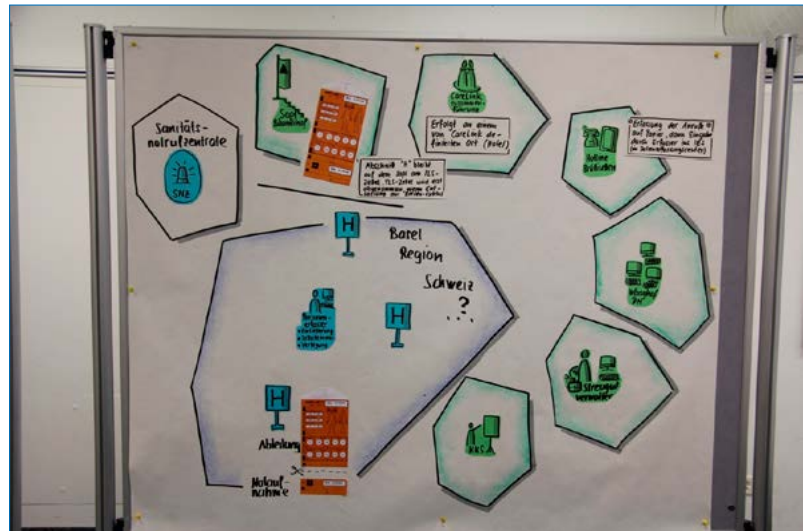


Abb 7: ... bis in die Tiefen des Informations- und Einsatz-Systems (IES).

Speziell an der Übung war, dass damit IES-Benutzende in Kontakt kamen, die sich sonst aufgrund der geographischen Entfernung im Ereignisfall nie sehen würden. Es war bereichernd für die Teilnehmenden, die Gelegenheit zu erhalten, andere Benutzer kennenzulernen und vor allem das IES aus dem Blickwinkel von anderen Benutzern zu sehen. Die vielen Funktionen im IES sind nicht zuletzt aus rechtlichen Gründen nicht für alle gleichermaßen einsehbar und können sich stark unterscheiden. Die Anwendung weiterer Funktionen von einem jeweiligen Benutzer erklärt zu erhalten, und damit

letztlich den eigenen Beitrag in einen grösseren vernetzten Kontext einordnen zu können, das war der grosse Lerneffekt dieser Übung.

Der Bund, vertreten durch André Künzler, Geschäftsstelle Koordinierter Sanitätsdienst KSD, lobte Basel-Stadt für die gelungene Übung und das breit angelegte Übungsfeld. Bemerkenswert sei die gelebte Vernetzung dieses Anlasses über Kantons Grenzen hinaus und der Einbezug einer weiten Spannweite von Akteuren vom Eröffnenden des Falles im IES bis hin zum Abschluss durch die Ermittlung. ■

Das sanitätsdienstliche Koordinationsgremium SANKO als Netzwerk

Rico Michael Maritz, lic.rer.pol., Stv. Stabschef SANKO (Miliz), Bürenstrasse 51, 4500 Solothurn, rico.maritz@sunrise.ch

Key Words: KSD-Partner, Netzwerk, Patientenversorgung in allen Lagen

Ein Netzwerk der zivilen und militärischen Stellen, die mit dem Einsatz der personellen, materiellen und einrichtungsmässigen Mittel, sowie mit der Planung, Vorbereitung und Durchführung von sanitätsdienstlichen Massnahmen beauftragt sind (KSD-Partner) – zur bestmöglichen sanitätsdienstlichen Versorgung aller Patienten bei besonderen und ausserordentlichen Lagen sowie im Fall eines bewaffneten Konflikts.

Das Schwerpunktthema der vorliegenden Informationsschrift KSD 1/18 veranlasst mich, nach meinen früheren Perspektiven als Stabsoffizier einer kantonalen Führungsorganisation, als Direktor eines öffentlichen Zentrums-spiitals sowie als Berater und externer Projektleiter SANKO, einen weiteren Blickwinkel zur Zusammenarbeit in der Patientenversorgung im Krisen-, Katastrophen- oder Konfliktfall einzunehmen.

Die Verordnung über den Koordinierten Sanitätsdienst (VKSD) hält seit dem 27. April 2005 fest:

VKSD Art. 9 SANKO

¹Das SANKO unterstützt den Beauftragten KSD in allen sanitätsdienstlichen Fragen und Belangen und berät ihn bei Aufgaben von strategischer Bedeutung.

³Das SANKO übernimmt auf Anordnung des Bundesrates auf Stufe Bund die Koordination bei besonderen und ausserordentlichen Lagen sowie im Fall eines bewaffneten Konflikts. Es verfügt zu diesem Zweck über einen ständigen Kernstab.

Als es in den Jahren 2011 bis 2013 im Auftrag des Beauftragten des Bundesrates für den Koordinierten Sanitätsdienst galt, das SANKO neu zu positionieren und seine Bekanntheit zu erhöhen, lag der Fokus unserer Projektorganisation ganz darauf, die Qualität und Effizienz seiner Leistungen zu verbessern.

Dementsprechend detaillierten wir den Auftrag und das Aufgabenportfolio des SANKO, präzisierten die Funktionen und Organisationsstrukturen für Vorbereitung, Einsatz und Grossanlässe, formulierten Pflichtenhefte für die Vertreter der Bundesstellen und Kantone, und erstellten ein Schulungs- sowie ein Informations- und Kommunikationskonzept.

Auftrag SANKO

Als Spartenorganisation auf Stufe Bund koordiniert das SANKO in der normalen Lage die Planung, sowie bei besonderen und in ausserordentlichen Lagen die Durchführung von sanitätsdienstlichen Einsätzen interkantonal und mit Dritten.

Das SANKO plant auf Begehren aus dem KSD-Netzwerk, auf Entscheid des Beauftragten KSD oder auf Anordnung des Bundesrates die sanitätsdienstliche Koordination und führt diese im Einsatz durch. Es koordiniert insbesondere die personellen und materiellen, zivilen und militärischen Ressourcen.

Durch Antragstellung an die zuständigen Stellen des Bundes, der Armee, der Kantone oder von Dritten wirkt das SANKO sowohl strategisch als auch operativ, ohne ein Führungsorgan zu sein.

Wenn das SANKO sein vielfältiges Aufgabenportfolio jedoch wirklich umfassend erfüllen und insbesondere den Einsatz aller personellen und materiellen (zivilen und militärischen) sanitätsdienstlichen Mittel und Einrichtungen zur Patientenversorgung in einem Ernstfall auch tatsächlich koordinieren soll, genügen Organigramme, Funktionsbeschreibungen und Konzepte nicht.

Zum Aufgabenportfolio des SANKO gehört

- mit allen KSD-Partnern, d. h. Stellen, die mit der Planung, Vorbereitung und Durchführung von sanitätsdienstlichen Massnahmen beauftragt sind, Kontakt zu halten;
- die sanitätsdienstliche Lage als Teil der bevölkerungsschutzrelevanten Lage Schweiz ereignisbezogen zu beurteilen, darzustellen und zu verbreiten;
- vorsorgliche Massnahmen und organisatorische Vorbereitungen zu treffen, die sich daraus ergebenden Empfehlungen und Richtlinien zu erlassen, sowie alle KSD-Partner darüber zu informieren;
- bei Bedarf Fachinformationen zuhanden des Beauftragten KSD bzw. der Kommunikationsverantwortlichen übergeordneter Führungsstäbe vorzubereiten.

Unabdingbar ist gleichzeitig, das aus sämtlichen KSD-Partnern bestehende Netzwerk direkt und indirekt zum Pulsen zu bringen.

Direkt involviert sind die eidgenössischen und kantonalen KSD-Partner als Mitglieder des SANKO: Vertreter des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz (BABS), des Kommandos Ope-



Abb 1: Kantonale Partner des KSD während einer Übung

rationen, des Bundesamtes für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV), der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), aller Kantone, der Armeeapotheke und der SRK Katastrophenhilfe. Entscheidend ist jedoch nicht die Mitgliedschaft allein, sondern die Präsenz und die Mitarbeit bei Anlässen, Arbeitsterminen, Rapporten, Übungen und Einsätzen.

Direkt eingebunden sind auch die Supportfunktionen als ständiger Kernstab des SANKO: Stabschef, Informationsverantwortlicher, Chef Lage, Führungsunterstützung, Triage und Betrieb, ihre Stellvertretungen sowie deren Stabsassistenten des Zivilschutzes des Kantons Bern.

Indirekt in das Netzwerk des SANKO einbezogen sind, wie sich aus dem Aufgabenportfolio ergibt, alle KSD-Partner, d. h. auch regionale, lokale und private.

Das SANKO hat die Aufgabe, in allen Lagen mit sämtlichen Partnern des KSD-Netzwerkes in Verbindung zu bleiben:

- es hält Kontakt mit ihnen;

- es informiert sie regelmässig über die sanitätsdienstliche Lage Schweiz;
- es koordiniert vorsorgliche Massnahmen und organisatorische Vorbereitungen mit ihnen;
- es stellt Anträge für Ressourcen, über welche sie verfügen;
- es kommuniziert ihnen die vorgesehenen oder erlassenen Empfehlungen und Richtlinien sowie die vorbereiteten Fachinformationen.

Das Funktionieren oder eben besser das Pulsieren des SANKO und des KSD-Netzwerkes steht und fällt daher mit der Häufigkeit, mit der thematischen Aktualität, mit der inhaltlichen Qualität und mit dem persönlichen Engagement in der Zusammenarbeit aller Beteiligten.

Um die sanitätsdienstliche Versorgung in der besonderen Lage eines Ereignisses oder einer Krise – und auch in der ausserordentlichen Lage einer Katastrophe oder sogar eines bewaffneten Konfliktes – für alle Patienten trotz Massenanfall bestmöglich sicherstellen zu können, sind eine gut eingespielte Zusammenarbeit im SANKO und ein pulsierendes KSD-Netzwerk die ersten und wichtigsten Voraussetzungen.

Der Sanitätsdienst hat zum Ziel:

- prähospital präventive, diagnostische und therapeutische Leistungen der medizinischen Grundversorgung sicherzustellen;
- erkrankte und verunfallte Personen notfallmedizinisch zu versorgen;
- Spitäler zu verstärken und bei der Erstversorgung von Patienten zu unterstützen;
- Güter des medizinischen Bedarfs, auch bei besonderen Ereignissen, verfügbar zu halten.

Nur wenn die verantwortlichen Personen aus allen KSD-Partnern des Netzwerks sich kennen, wenn sie voneinander wissen, wofür sie stehen und was sie bieten können, und wenn sie sich gegenseitig ihre Lagekenntnisse, Ressourcenmöglichkeiten und Fachinformationen anvertrauen, kann diese Zusammenarbeit im Ereignisfall gelingen.

Und nur wenn die Mitglieder des SANKO – also die Vertreter der involvierten Bundesämter, der Armee, der Kantone und Konferenzen der Gesundheitsdirektoren, des KSD und seiner Partner – aber auch die zivilen und militärischen, die kantonalen und privaten, die regionalen und lokalen Organi-

sationen im Sanitätsdienst der Schweiz jede Gelegenheit wahrnehmen, sich kennenzulernen und zusammenzuarbeiten, kann in einer Krisen- oder Katastrophenlage der Massenanfall von erkrankten oder verunfallten Personen gemeinsam bewältigt werden.

Es kommt also weniger auf die Organisationsstrukturen des SANKO an, als dass es häufig und engagiert Fragen der koordinierten sanitätsdienstlichen Patientenversorgung angeht und im Netzwerk mit den KSD-Partnern praxistaugliche Lösungen erarbeitet – in Stabsarbeit (systematische Problemlösung, Führungstätigkeiten), in Stabsübungen (Szenarien, Lösungskonzepte) und Einsatzübungen (Strategische Führungsübungen wie z.B. SFU 17, Sicherheitsverbandsübungen wie z.B. SVU 19, Gesamtnotfallübungen wie z.B. GNU 19).

Auf gute Zusammenarbeit im KSD-Netzwerk! ■



Abb 2: Überblick des Führungszimmers

Blue Screen Switzerland (BSS): Tool zur Logistikoptimierung der Sanitätsressourcen

Sandra Racine, stv. Chefin Geschäftsstelle KSD, Worbentalstrasse 26, 3063 Ittigen, sandra.racine@vtg.admin.ch,
Daniel Stöckli, couniq consulting GmbH, Sulgeneckstrasse 27, 3007 Bern daniel.stoeckli@couniq.com

Key Words: Blue Screen Switzerland, Koordinierter Sanitätsdienst, Krankenhäuser, Logistik

BSS steht für Blue Screen Switzerland. Diese Bezeichnung gibt die logistische und sanitätsdienstliche Funktion dieses Tools adäquat wieder. Tatsächlich geht es darum, einen Gesamtüberblick der Ressourcen von Blaublichtorganisationen in der Schweiz zu erhalten. BSS ist ein neues Internet-Instrument, das vom Sanitätsdienstlichen Koordinationsgremium (SANKO) im Auftrag des Koordinierten Sanitätsdienstes (KSD) mit dem Ziel entwickelt wurde, die Logistik von bestimmten Organisationen auf nationaler Ebene zu unterstützen. Es koordiniert insbesondere die personellen und materiellen Ressourcen sowohl ziviler als auch militärischer Art. Derzeit noch unabhängig vom Informations- und Einsatz-System (IES), kann BSS ebenfalls in ausserordentlichen Situationen oder bei Grossveranstaltungen verwendet werden. Es hat auf jeden Fall eine hauptsächlich im Vorfeld zum Einsatz kommende logistische Funktion. Nutzer sind beispielsweise Krankenhäuser, Apotheken, kantonale oder föderale Führungsstäbe, die nicht nur die Möglichkeit haben, dem SANKO ihre Daten zu übermitteln, die für das Management und die Neuordnung einer Katastrophensituation nützlich sind, sondern sie können ebenfalls auf diesem Wege Informationen für ihr internes Management erhalten.

Mit Hilfe der BSS-Sondierung kann die Führungseinheit eines Grossereignisses SANKO von ihren verschiedenen Nutzern sachdienliche Logistik- und

Sanitätsdaten bekommen, um die Versorgung zu optimieren und den Bedürfnissen zu entsprechen. Die im nationalen Massstab gesammelten Daten dienen der operativen und strategischen Planung. Sie ermöglichen die Erstellung eines Überblicks in Echtzeit über die Ressourcen und ihre Darstellung in kartografischer Form oder anhand einer klassischen Grafik. Dabei kann es sich zum Beispiel um spezifische Informationen im Zusammenhang mit einer Epidemie oder einer Pandemie handeln.

Die Nutzer und Partner von BSS haben jeweils auch die Möglichkeit, anhand dieses Mittels interne Sondierungen vorzunehmen. Dabei sind sie in jedem Fall auf ihre Einrichtung beschränkt und haben keinen Zugriff auf interne Daten der anderen Partner. Zum Abschluss der Sondierung kann eine Evaluierung vorgenommen und diese grafisch dargestellt werden, entweder in Form einer Tabelle, eines Torten- oder eines Bal-

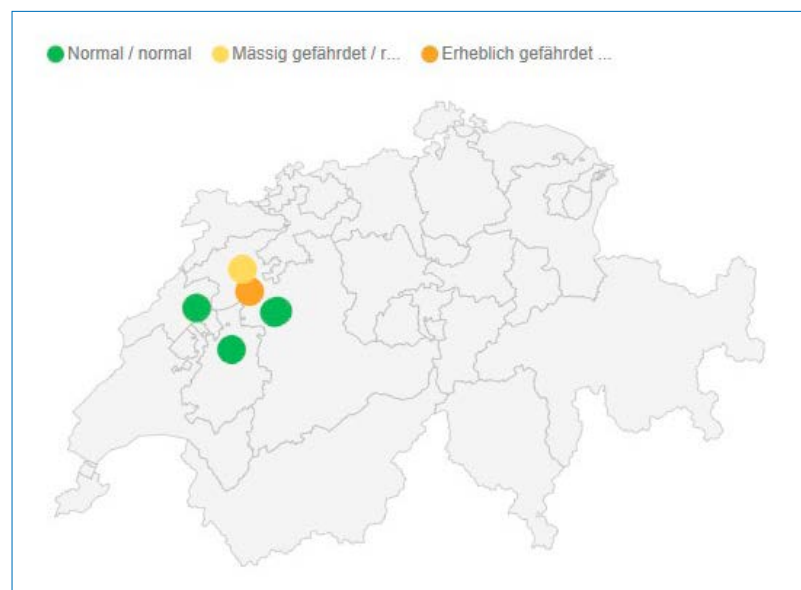


Abb 1: Überblick über die Situation

kendiagramms. Es geht hierbei darum, seine eigenen Ressourcen, wie beispielsweise Pflegekapazitäten, Eigenversorgung mit Medizinprodukten oder Strom einzuschätzen.

Eine regelmässige Aktualisierung der Daten mit Hilfe von periodischen Fragen oder Sondierungen erleichtert wesentlich die Basisarbeit für planbare Ereignisse wie das Weltwirtschaftsforum (WWF), Flugvorführungen, um einige Beispiele zu nennen. Das SANKO ist dadurch in der Lage, seine Partner in ihrer strategischen Planung zu unterstützen. Zu verweisen ist auf die einfache und schnelle Nutzung des Systems. Darüber hinaus steht das Tool rund um die Uhr zur Verfügung.

Zur Veranschaulichung soll hier die erstmalige Nutzung von BSS bei der Gesamtnotfallübung (GNU 17) am 26. und 27. September 2017 dargestellt werden. Das Eidgenössische Nuklearsicherheitsinspektorat (ENSI) hatte dafür eine Übung mit dem Atomkraftwerk (AKW) Mühleberg angeordnet.

Im Laufe der Übung wurden die in den vier Kantonen (Bern, Freiburg, Neuenburg und Solothurn) ausgewählten Krankenhäuser durch eine Sondierung herangezogen. Die zurückgemeldeten Informationen konnten schnell evaluiert und in eine erste Situationsdarstellung integriert werden. Dank BSS war es also möglich, wichtige Informationen über die gesundheitliche Situation innerhalb einer bestimmten Gruppe in sehr kurzer Zeit zu erhalten.

Die durch die Erfahrung aus der GNU 17 erlangten Kenntnisse wurden ausgewertet und im Rahmen der Ver-

Frage:

Sicherheitslage/Wie schätzen Sie die aktuelle Sicherheitslage für ihren Betrieb in der aktuellen Situation ein?

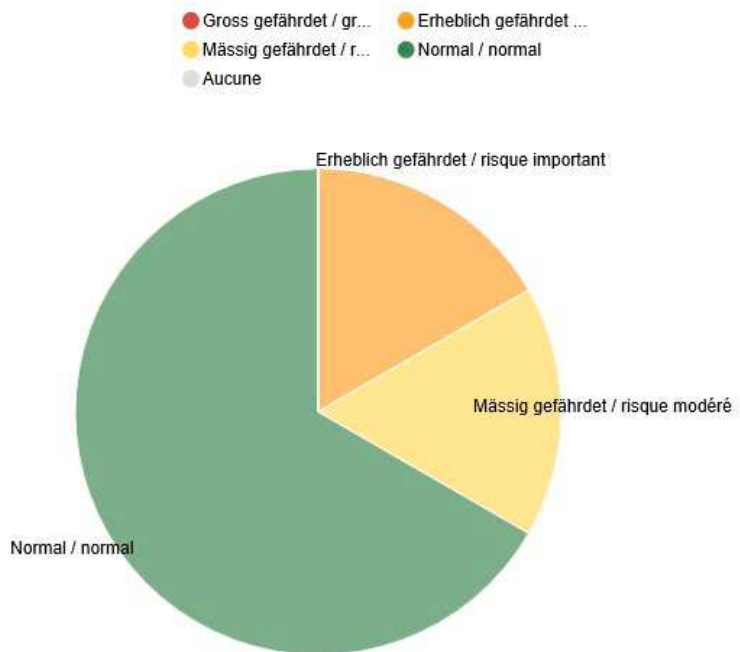


Abb 2: Darstellung der Situation als Diagramm

besserungen berücksichtigt, die an BSS vorzunehmen sind.

Im Frühjahr 2018 wird auf nationaler Ebene eine erste Umfrage durchgeführt.

Editorial

30



Hptm Dr. med. Philipp Gruber

Sehr geehrte Leserinnen und Leser

«Netzwerk» ist eines der Schlagworte der letzten Jahre! Als Netzwerke bezeichnet man Systeme, die aus Knoten und Kanten (Verbindungen) bestehen und die über Mechanismen zu ihrer Organisation verfügen¹. Soweit, so gut. Überall finden sich Netzwerke. Wir begegnen und nutzen sie tagtäglich. So werden Strom, Wasser, Telekommunikation und unsere Computersysteme durch Netzwerke geregelt. Unsere «Social Media» sind Ausdruck sozialer Netzwerke. Selbst unser menschliches Gehirn ist ein eindrückliches Beispiel für ein hoch komplexes biologisches Netzwerk. Alle unsere Innen- und Aussenwelterfahrungen laufen über unterschiedliche neuronale Netzwerkaktivierungen ab. Jede einzelne (Nerven)-Zelle ist ein einziges Netzwerk biochemischer Kaskaden. Damit stellt sich natürlich die fast schon rhetorisch anmutende Frage: «Gibt es in der Medizin Netzwerke?» Ja, die gibt es, und zwar eine ganze Menge davon!

Exemplarisch möchten wir dies in dieser Ausgabe anhand der akuten Schlaganfallbehandlung, der Transplantationsmedizin und Labormedizin aufzeigen. Wie kommt ein Schlaganfallpatient möglichst rasch zu seiner adäquaten Akutbehandlung? Was braucht es organisatorisch, damit ein Spendeorgan seinen passenden Empfänger findet? Wie kommen die zahlreichen Laborbefunde zustande, und wer ist für die Blutspende verantwortlich? Der medizinhistorische Artikel über die Entwicklung und Einsatz der Tetanus-Impfung ist auch Ausdruck einer Netzwerkleistung von Forschung und Entwicklung.

Angenehme neuronale Netzwerkaktivierung und viel Vergnügen bei der Lektüre,

Ihr Chefredaktor

Hptm Dr. med. Philipp Gruber

1 Quelle: adaptiert aus de.wikipedia.org/wiki/Netzwerk

IMPRESSUM

Offizielles Publikationsorgan der Schweizerischen Gesellschaft der Offiziere der Sanitätstruppen (SGOS), 96. Jahrgang



ISSN 1660-9514

Chefredaktor

Hptm Dr. med. Philipp Gruber
Kusertobelweg 2
CH-8700 Küsnacht
E-Mail: ph.gruber@bluewin.ch

Redaktion

Oberst Sergei Bankoul, Ittigen
Hptm RKD Dorothee Bürgi, Zürich
Oberst Franco Poretti, Bern
Major Frank J. Rühli, Zürich

Chères lectrices et chers lecteurs,

Ces dernières années ont indéniablement été placées sous le signe du « réseautage » ! Les réseaux sont des systèmes qui se composent de nœuds et de contours (liaisons) et disposent de mécanismes en lien avec leur organisation¹. Soit. Des réseaux, il y en a partout. Nous les rencontrons et les utilisons tous les jours. L'électricité, l'eau, les télécommunications, les systèmes d'ordinateur, tout est réglé par des réseaux. Nos « médias sociaux » sont l'expression de réseaux sociaux. Même notre cerveau humain est un exemple impressionnant de réseau biologique hautement complexe. Toutes nos expériences des mondes intérieur et extérieur passent par diverses activations de réseaux neuronaux. Chaque cellule (nerveuse) individuelle est un réseau unique de cascades biochimiques. Se pose ainsi déjà naturellement la question presque rhétorique de savoir s'il existe des réseaux en médecine. Bien sûr, il y en a, et même beaucoup ! C'est ce que nous avons choisi de montrer dans la présente édition, à l'appui des exemples constitués par le traitement des accidents vasculaires cérébraux aigus, la médecine de transplantation et la médecine de laboratoire. Comment un patient victime d'AVC reçoit-il le plus rapidement possible les soins adéquats ? Que faut-il du point de vue de l'organisation pour qu'un organe donné trouve le bon destinataire ? Comment les nombreux résultats de laboratoire s'obtiennent-ils et qui est responsable du don de sang ? L'article médico-historique sur le développement et l'utilisation du vaccin contre le tétanos est aussi l'expression d'une prestation de réseau ressortissant à la recherche et au développement.

Il me reste désormais à vous souhaiter une agréable activation neuronale de vos réseaux et bien du plaisir à la lecture de votre bulletin.

Votre rédacteur en chef
cap Dr méd. Philipp Gruber

¹ Source : tiré et adapté de fr.wikipedia.org/wiki/reseau

TEMPiS – Quality data of a Telestroke Network in South-Eastern Bavaria

Nicolas Voelkel, MD, Department of Neurology, TEMPiS, Klinikum Harlaching, Staedtisches Klinikum Muenchen GmbH, Sanatoriumsplatz 2, 81545 Munich – Germany, nicolas.voelkel@klinikum-muenchen.de

Key Words: Stroke; Telestroke; quality; thrombolysis

Stroke care has been improved constantly through the last two decades with population-wide implementation of Stroke Units, delivery of thrombolysis and, in recent years, establishing thrombectomy as evidence-based, highly-effective treatment. Each of these three factors by itself improves the outcome of stroke patients. To deliver this treatment to rural areas, the Telemedical Project for integrated Stroke Care (TEMPiS) was established in 2003 in Southeast Bavaria/Germany. The network is described in the Methods section below. TEMPiS has already proven high quality stroke therapy in several publications, i.e. TEMPiS described a 10-year-experience, published in 2014, showing consistently high quality care provided on TeleStroke-Units. ¹TEMPiS was evaluated intensively during its implementation phase between February 2003 and December 2005. Data from this phase remains highly important for the successful spreading of TeleStroke networks throughout Europe. TEMPiS could show it was effective in providing safe thrombolysis and, more important, in improving stroke outcome on TeleStroke Units. ^{2,3} While providing Telestroke care TEMPiS still concentrates on the key features of the network: 1. Implementation of stroke wards in each network hospital, 2. Usage of Standard operating procedures (SOP), 3. Center-based- and onsite-training, 4. Quality management and 5. 24/7 availability of teleconsultations.

Aim of our analysis was to demonstrate the sustainability of the high

quality provided within the TEMPiS network in comparing predefined quality indicators to target values and other Bavarian hospitals treating stroke patients and analyzing outcome measures such as rate of intravenous thrombolysis and mortality.

ABSTRACT:

Background and purpose: Stroke Unit care improves stroke prognosis and is recommended for all patients with acute stroke. In rural areas, population-wide implementation of Stroke Units is challenging. The Telemedical Project for integrated Stroke Care (TEMPiS) was established in 2003 as a TeleStroke Unit network to overcome this barrier in south-east Bavaria. Since establishing the network, ongoing quality management was a main aspect of the network as well as 24/7 teleconsultation and continuously medical education. We briefly describe the network and aimed to monitor quality of acute stroke care in TEMPiS TeleStroke Units focusing on data of 2016.

Methods: Prospective registry data from 2016 of 9107 stroke and TIA patients treated in TEMPiS hospitals (excluding the two hub stroke centers) was analyzed. 20 different quality indicators are compared to target values and all Bavarian stroke patients from the Bavarian stroke registry (BSR). Also data on teleconsultations, rate and timelines of intravenous thrombolysis have been reported over time in TEMPiS registry data.

Results: 9107 patients with stroke and TIA were treated in TEMPiS network hospitals in 2016. Of those, 8436 patients were documented sufficiently in the Bavarian stroke registry. From 20 predefined quality indicators, 17 had a target value. TEMPiS patients reached

the target value in 16 indicators, missing target value in one indicator slightly.

The total number of teleconsultations increased from initially 1928 (2003) to 6356 in 2016. 1063 patients received thrombolysis in network hospitals in 2016. The rate of all patients with ischemic stroke receiving intravenous thrombolysis (IVT) increased from 2,6 % in 2003 to 17,7 % in 2016.

Median door-to-needle-times decreased from 80 minutes in 2003 to 40 minutes in 2012 and reached 36 minutes in 2016. The percentage of IVT treatments administered within the first hour after admission improved from 26 % in 2003 to 80 % in 2012 and 89 % in 2016.

Conclusion: Registry data of the TeleStroke network TEMPiS show a sustaining high rate of fulfilling target rates and even better rates in most quality indicators than the overall data of all Bavarian stroke patients.

Methods

Initially TEMPiS started with 2 stroke centers and 12 regional general hospitals on 1st February 2003. Before implementation of the network in 2003, none of these community hospitals provided specialized stroke care. The detailed design of the TEMPiS network has already been described elsewhere. Briefly, each community hospital implemented a stroke ward consisting of up to eight beds, of which three to four beds were equipped with monitors. Community hospitals of the network formed stroke teams consisting of doctors, nurses, physiotherapists, occupational therapists, and speech therapists. All members of the stroke team underwent continuous medical training, beginning with a 4 day course based on international guidelines, followed by on-site visits of specialized

stroke nurses and stroke neurologists for individual training. Additionally, the stroke teams had centrally conducted courses in transcranial Doppler sonography and courses in swallowing disorders and dysphagia treatment. A 24h-teleconsultation service was provided by the two stroke centers. This service has a job chart with a total of five full-time neurologists divided into about ten part time jobs as teleneurologists. Besides their stroke expertise (at least 1 year of experience in acute stroke unit management), these doctors are neurologists, or in the process of advanced specialist training in neurology. They work in 24 h shifts located in the stroke centers and, since 2012, in an additional shift in the afternoon and early evening.

Telemedical support consists of a high-speed videoconference system to examine patients and to transfer telerradiological data of CT and MRI examinations. (Fig 1)

Use of this service is obligatory for predefined indications if there is no neurologist onsite in the network hospital, i.e. onset of symptoms within 4,5 hours, intracranial haemorrhage, impaired consciousness, progressive stroke, or brainstem symptoms – and

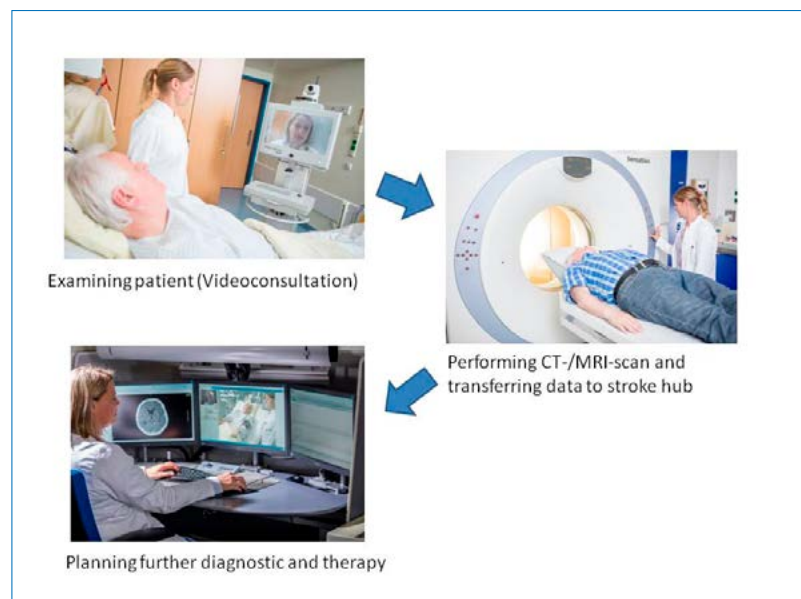


Fig 1: Overview of a teleconsultation

voluntary whenever requested by the physicians of the community hospitals. Besides telemedical support by neurologists all network hospitals receive center-based and on-site training for all involved professions such as nurses, occupational therapists, physiotherapists or speech therapists. Special full-day teaching courses are held regularly. Furthermore the usage of standard-operating procedures (SOP) is mandatory for all network hospitals. The SOP are updated regularly (at least every two years) and include advice for treatment

of stroke including clinical assessment, diagnostic, and therapy.

Between 2007 and 2015 seven general hospitals joined the network consecutively, adding to 19 network hospitals in 2016 when this data was collected (see Fig 2, development of the network). By now, two more hospitals joined the network in July 2017. A map of the current network is shown in Fig 3.

Telemedical support improved from year to year, i.e. with faster rates of data-transport and higher resolution of the videocameras.

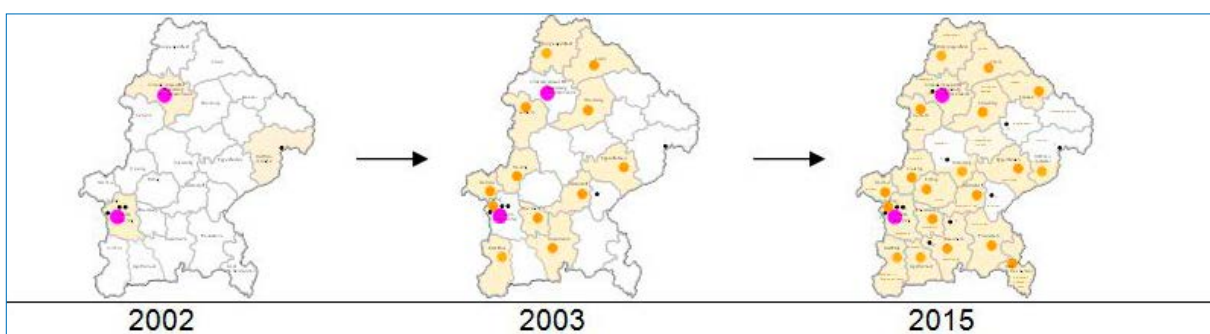


Fig 2: Development of TEMPIS in South-Eastern Bavaria from 2002 to 2015

Data collected from several sources are used for analysis within the TEMPiS network: routine data for administrative purposes from all network hospitals, data of the TEMPiS teleconsultation registry and data of the TEMPiS intravenous thrombolysis (IVT) registry.

Teleconsultation registry and Thrombolysis registry (IVT):

TEMPiS Teleconsultation Registry:

Data from all teleconsultations are collected prospectively by the 2 stroke centers including date and time of request.

TEMPiS IVT Registry:

All TeleStroke Units use a uniform IVT protocol for documentation of times (onset, admission, CT scan, treatment), National Institute of Health Stroke Scale and formal contraindications. All protocols are sent to the network coordina-

tion center for plausibility checks before entering the data into the registry. If onset of stroke symptoms was not observed, the last time seen well was defined as onset. The TEMPiS IVT registry includes all consecutive patients receiving IVT. «Door-to-needle-time» is defined as time from hospital arrival to beginning of thrombolysis, including medical examination, CT scan and teleconsultation. Strokes with onset during an in-hospital stay were excluded from analyses of timelines.

ADSR and Quality indicators

The Bavarian stroke registry (BSR) was established in 2000. In 2006 it was adapted to a German-wide registry with evidence-based quality indicators defined by the German Stroke Registers Study Group (ADSR). In 2016, a total of 233 hospitals with stroke patients in Bavaria participated and

delivered data to the BSR. The BSR comprises all cases with the main diagnoses transient ischemic attack (ICD-10-code G45), intracerebral haemorrhage (I61), ischemic stroke (I63) and undefined stroke (I64). Each dataset includes information about the in-hospital stay, demographics, premorbid living situation, medical history, symptoms and functional status at admission, diagnostics, therapy, complications, functional status at discharge and discharge aim. Data were entered in an electronic record, which contains plausibility checks.

Twenty quality indicators addressing structure and processes (17 indicators) and outcomes (3 indicators) are predefined by the ADSR. 17 indicators include imaging, time delays, thrombolysis, early prevention, diagnostics, mobilization and dysphagia screening. These 17 indicators have predefined target values. Three indicators reflect outcome data (mortality in patients receiving IVT, death in all stroke patients and pneumonia rate). Since the start of TEMPiS in 2003 all participating hospitals were obliged to report all patients with stroke and TIA to the BSR. We compared results of each quality indicator of TEMPiS TeleStroke Units with statewide results and analyzed whether predefined target values were met for the year 2015.

Statistical Analysis

The evaluation is mainly descriptive. Non-normal distributed treatment delays are presented as median. Data is grouped by year for demonstrating trends in time. Groups of categorical and continuous variables were compared with the Pearson-Chi-Quadrat-Test (2-sided) and Mann-Whitney-U-Test (2-sided), respectively. A

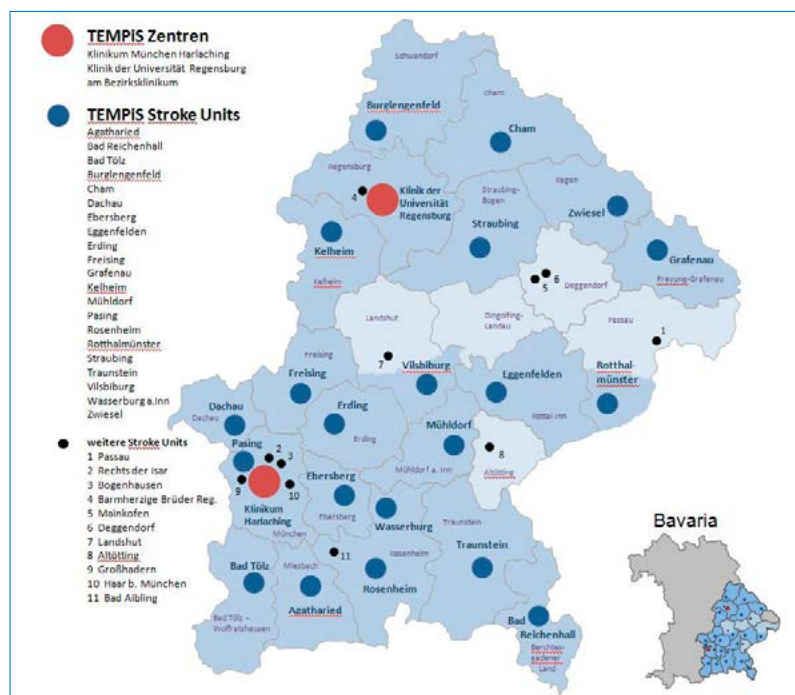


Fig 3: Map of South-Eastern-Bavaria with TEMPiS TeleStroke Units in 2017

significance level of $p \leq 0.05$ was used. Analyses were performed on IBM SPSS Statistics version 22.

Results

Teleconsultations and Thrombolysis

The number of teleconsultations steadily increased from 1928 (2003) via 3187 in 2009 and reached 6356 in 2016 (Fig 4). By now, more than 60 000 teleconsultations have been performed within the network. The number of patients receiving thrombolysis steadily increased from 10 before network implementation (2002) and 63 in the first year of the network (2003) to 1063 in 2016, totaling more than 7000 patients receiving IVT since 2003 (Fig 4). The IVT rate as the proportion patients receiving IVT compared to all patients with ischemic stroke admitted to the hospital increased from 2,6 % in 2003 to 17,7 % in 2016.

Median door-to-needle times decreased from 80 to 40 minutes in 2012 and were even improved to 35 minutes in 2013 and remained stable in 2014 and 2015. A slight increase to 36 minutes in 2016 was observed recently. The percentage of IVT treatments administered within the first hour after admission improved from 26 % (15/57) in 2003 to 80 % (543/675) in 2012 ($P < 0.001$) and improved to 89 % in 2016 (782/880).

Quality indicators

The 2016 data from the Bavarian stroke registry (BSR) regarding 20 quality indicators about diagnostics, treatment, and outcome procedures are presented in Table 1.

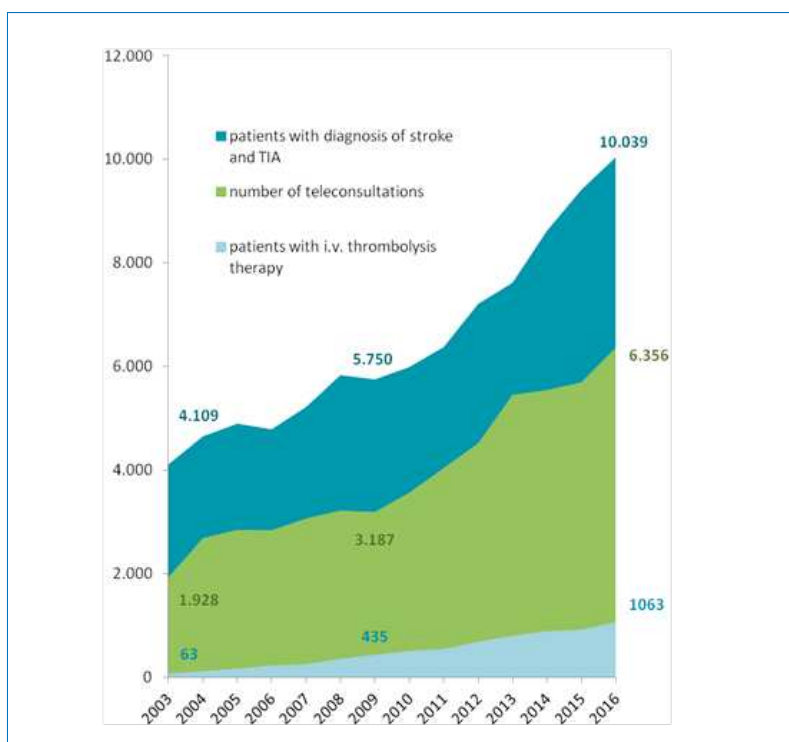


Fig 4: Patients with diagnosis of stroke and TIA treated in network hospitals, number of teleconsultations and number of patients receiving IVT over time.

Between January 1st 2016 and December 31st 2016, the number of patients with stroke and TIA treated in all 19 TEMPiS TeleStroke Units was 9107. 6356 teleconsultations were performed (mainly in stroke patients, but exceptional in other neurological cases also). Overall about 60 % (6356/9107) of all patients with stroke and TIA had telemedicine support. From 9107 patients with stroke and TIA the datasets were completed in 8436 cases (92,6 %).

TEMPiS hospitals achieved quality-of-care levels above target values in 16 of 17 indicators. One target value was slightly missed. Comparing quality data of the TeleStroke Units (TSU) with all 233 hospitals in Bavaria participating in the BSR, the TSU group had better values in 14, equal values in one indicator and worse in 5.

We see highest advance of TSU in the indicators «dysphagia screening» and «early cerebral imaging». Correspondingly pneumonia rate, mortality in patients receiving thrombolysis and death in patients with cerebral ischemia was lower in TSU. The «discharge in rehabilitation clinic» shows a lower value in TSU. The door-needle-time below <60 min was 88,9 % (improved from 85 % in 2013).

Discussion

Data from predefined quality indicators as well as timelines and thrombolysis rates show the sustainability of performing high quality treatment in the TeleStroke network TEMPiS in a 13-year-period. We show increasing usage of the network (rising number of teleconsultations) as well as improved

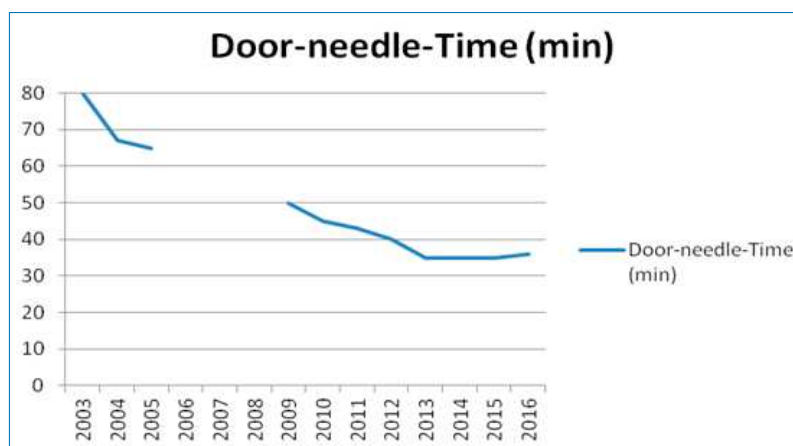


Fig 5: Door-needle-Time over time from years 2003 – 2016.

delivery of intravenous thrombolysis (shortening door-to-needle time) while fulfilling nearly all target values given by the Bavarian stroke registry. Even in a growing network with meanwhile 21 network hospitals (while 19 are analyzed in this data) TEMPiS can maintain the high quality standard of care we aimed for. In the last decade a number of TeleStroke networks have been established worldwide, in many cases without implementation of Stroke Units in the spoke hospitals. 4 The TEMPiS network, in contrast, integrated the Stroke Unit concept in regional hospitals and provides continuous education to doctors, nurses and therapists of all network hospitals. In our opinion, this continuous education in a standardized setting with standard operating procedures and a core team of therapists on the stroke unit is essential for running a successful, regional Telestroke network.

Numbers of teleconsultations per year steadily increased to recently more than 6300 teleconsultations, adding to a rate of more than 17 teleconsultations per day. This service is run by expert vascular neurologists who are

free from other clinical duties during their teleconsultation shift.

In the mentioned time period the IVT rate in relation to all ischemic strokes admitted to TEMPiS hospitals raised from 2,6% to 17,7%. Regarding a symptom onset within 4 hours in only 44% of patients in 2016 and numerous contraindications to thrombolysis therapy, the thrombolysis rate seems to come to a ceiling. Of course there are some well-organized hospitals with higher thrombolysis rates within the network, but these hospitals meanwhile have established their own neurological departments and thus often do their thrombolysis therapy without teleconsultation, resulting in faster door-to-needle-times. Improving structures and procedures within the network therefore focuses on hospitals which seem to have problems in fulfilling their target values.

We visit these hospitals more often and analyze underlying problems, trying to achieve improvements in recently worsening quality indicators. Quality management, as mentioned before, is a key feature of every telestroke network to maintain focus on what parameters have to be improved.

Our teleconsultation service is not restricted to patients who might be eligible for IVT but also for other complicated or unclear cases, thus consequently thrombolysis rate per teleconsultation is lower than in other TeleStroke networks. But especially in rural areas it has been proven to be difficult to find enough neurologists on site for a 24/7 system and therefore the network hospitals use the teleconsultation system to present unclear cases to apply the specific therapy to the patient. From the beginning on, the aim of our network was to keep the patients in their hospital and not to transport them to neurological center hospitals. As shown before, the transfer rates in our network are relatively low (7,0% in 2012).

Over the past 14 years, median door-to-needle times decreased from 80 to 35 minutes (while in 2016 worsening 1 minute to 36 minutes). But improving, nearly 90% of IVT-treatment in the TEMPiS Stroke Units is delivered within 60 minutes. Actually, despite improvement, we miss this target value of the BSR, not reaching 90%. One reason for this is the duration needed in a telestroke network for performing teleconsultation. We have shown before that the duration of the teleconsultation delays thrombolysis at least 9 minutes, 5 but still, if pathways within each hospital are improved, an even higher rate of early IVT is possible, whenever challenging.

The steadily increasing IVT rate along with steadily decreasing time delays over a whole decade shows that aiming for high quality stroke care needs time and demands longer-term commitment.

Quality indicator	Description	TEMPiS	Target value	Bavaria (BSR)
QI 1	Early physio-/occupational therapy in patients with motor disability	97,7 %	>90 %	96,1 %
QI 2	Early mobilization of bedridden patients	96,9 %	>90 %	95,5 %
QI 3	Dysphagia screening	96,2 %	>90 %	92,3 %
QI 4	Early dysphagia and speech therapy	96,6 %	>90 %	94,6 %
QI 5	Early cerebral imaging (<60min after admission) in thrombolysis-candidates	79,6 %	>70 %	73,7 %
QI 6	Extracranial vascular diagnostics in patients with ischemic stroke or TIA	94,7 %	>80 %	94,0 %
QI 7	Revascularization of symptomatic carotid stenosis	67,9 %	>60 %	65,2 %
QI 8	aTreatment with platelet inhibitor (PI) within 48h	97,3 %	>95 %	96,2 %
QI 9	Treatment with PI at discharge in patients without anticoagulation	96,1 %	>95 %	96,1 %
QI 10	Treatment with anticoagulation in patients with atrial fibrillation	89,1 %	>80 %	89,2 %
QI 11	Treatment on stroke unit	96,5 %	>85 %	92,7 %
QI 12	Thrombolysis in eligible patients	40,6 %	>35 %	42,4 %
QI 13	Door to needle time <60 minutes in patients with thrombolysis	88,9 %	>90 %	89,1 %
QI 14	Mortality after thrombolysis	2,3 %	–	5,0 %
QI 15	Pneumonia in patients with cerebral ischemia	4,0 %	–	5,5 %
QI 16	Deaths in patients with cerebral ischemia	1,1 %	–	2,3 %
QI 17	Discharge in rehabilitation clinic	70,1 %	>70 %	76,5 %
QI 18	Antihypertensive medication at discharge in patients with cerebral ischemia/TIA	96,7 %	>95 %	96,9 %
QI 19	Statins at discharge in patients with cerebral ischemia/TIA	91,3 %	>80 %	88,7 %
QI 20	Search for atrial fibrillation during hospital stay	94,1 %	>80 %	92,2 %

Tab 1: Overview of 20 quality indicators with target values and in comparison to Bavarian stroke registry (BSR)
(green: target value reached, red: target value missed)

Still, participation in such a comprehensive network requires ongoing motivation.

The TeleStroke Unit network TEMPiS is an example of how the challenges of area-wide implementation of Stroke Units in rural areas can be met. Stroke Units supported by telemedicine, so-called TeleStroke Units can perform high quality level of acute stroke care

as defined by national stroke care quality indicators. TeleStroke should always be considered in regions where implementation of standard Stroke Units is not feasible.

Acknowledgements

We thank all nurses, therapists, and physicians of the participating hospitals and all teleconsultants for

their exceptional support of the network.

Participating stroke centers were: Department of Neurology, Klinikum Harlaching, Staedtisches Klinikum Muenchen GmbH, and Department of Neurology, University of Regensburg. Regional hospitals participating in the TEMPiS network: Since March 2003: Asklepios Stadtklinik Bad Toelz, Ask-

Iepios Klinik Burglengenfeld, Sana Krankenhaus Cham, Helios Amper-Klinikum Dachau, Kreisklinik Ebersberg, Rottal-Inn-Klinik Eggenfelden, Klinikum Freising, Goldberg-Klinik Kelheim, Klinikum Muehldorf am Inn, Helios Klinikum München-West, RoMed Klinikum Rosenheim, Klinikum St. Elisabeth Straubing.

Additional hospitals: Suedostbayern Klinikum Traunstein since 2006, Kreiskrankenhaus Zwiesel since 2008, Südostbayern Kreisklinik Bad Reichenhall since 2011, Klinikum Landkreis Erding since 2013, Kreiskrankenhaus Vilsbiburg since 2013, Kreiskrankenhaus Rotthalmuenster since 2014, Krankenhaus Agatharied since 2015, Krankenhaus Grafenau since 2017 and Krankenhaus Wasserburg since 2017.

References:

1. Mueller-Barna P, Hubert GJ, Boy S, Bogdahn U, Wiedmann S, Heuschmann PU, et al. TeleStroke Units serving as a model of care in rural areas: 10-year experience of the TeleMedical Project for Integrative Stroke Care. *Stroke* 2014;45 (9): 2739-44.
2. Audebert HJ, Schenkel J, Heuschmann PU, Bogdahn U, Haberl RL; Telemedic Pilot Project for Integrative Stroke Care Group. Effects of the implementation of a telemedical stroke network: the Telemedic Pilot Project for Integrative Stroke Care (TEMPiS) in Bavaria, Germany. *Lancet Neurol*. 2006; 5:742-748.
3. Audebert HJ, Schultes K, Tietz V, Heuschmann PU, Bogdahn U, Haberl RL et al. Telemedical Project for Integrative Stroke Care (TEMPiS). Long-term effects of specialized stroke care with telemedicine support in community hospitals on behalf of the Telemedical Project for Integrative Stroke Care (TEMPiS). *Stroke*. 2009; 40: 902-908.
4. Mueller-Barna P, Schwamm LH, Haberl RL. Telestroke increases use of acute stroke therapy. *Curr Opin Neurol* 2012 Feb; 25(1): 5-10.
5. Hubert GJ, Voelkel N, Boy S et al. Nine minutes time delay caused by videoconference for tissue plasminogen activator (tPA) patients in the TeleStroke Unit network TEMPiS. ESC, May 2014, Nizza. *Cerebrovasc Dis* 2014;37(suppl 1):1-2 ■

Netzwerken und Organspende – eine implizite Verknüpfung

Stefan Regenscheit, Association Manager DCA, European transplant Coordinator UEMS, stefan.regenscheit@usz.ch

Key Words: Spendekoordination, Organspendemedizin, Transplantation, Spendenetzwerk

Die Koordination einer Organspende ist ein seltenes, intensives, höchst emotionales Zeit- und Ressourcen konsumierendes Zusammenspiel hoch spezialisierter Teams und Individuen. Ohne ein tragendes Netzwerk, das professionell ausgestattet und sich seiner Rollen und Verantwortlichkeiten bewusst ist, wäre Organspendemedizin, die Transplantation erst ermöglicht, undenkbar. Netzwerken bedeutet hier im engeren Sinn nicht nur lokale Aktivität innerhalb eines Spitals, sondern verknüpft regionale und nationale Institutionen.

Aus dem Protokoll einer Organspendekoordination

Die Ereignisse werden bewusst in umgekehrter Reihenfolge dargestellt, um die Fortsetzung zu transportieren, dass es eben nicht nur zu einem tragischen und unendlich traurigen Ende, vor allem aus Sicht der Angehörigen, kommt. Jede Zustimmung zur Organspende, selbst wenn es, beispielsweise aus medizinischen Gründen, nicht zur Transplantation kommt, knüpft an, statt ab- und auszuschliessen. Dieses Signal reicht weit über das rein medizinisch-professionelle Management hinaus und lässt sich nicht ausschliesslich am Transplantationserfolg messen.

Drei Monate nach dem Ereignis

Die Mutter erhält von der seinerzeit Dienst habenden Koordinatorin telefonisch die Nachricht, dass der Gesundheitszustand aller Empfänger inzwischen stabil ist: Der Lungenempfänger

zeigte einen etwas verzögerten Verlauf mit postoperativ einwöchiger Aufenthaltsdauer auf der Intensivstation wegen zunächst insuffizienter Eigenatmung und verlängertem Weaning. Aus der Rehabilitation sei er vor vier Wochen, bei subjektiv gutem Befinden, nach Hause entlassen worden.

Die Empfängerin der rechten Niere bedurfte ab dem dritten postoperativen Tag für zehn Tage der Dialyse. Bei der letzten nephrologischen Kontrolle ist eine gute Transplantatfunktion mit sinkenden Nierenretentionswerten festgestellt worden.

Der Empfänger der Leber arbeitet inzwischen mit einem Teilzeitpensum von 50 Prozent in seinem angestammten Beruf.

Von den Empfängern des Herzens, der linken Niere und des Pankreas wisse man lediglich, dass die Posttransplant-Kontrollen unauffällig waren und alle drei bei gutem Befinden zu Hause sind.

14.00 Uhr: Die Mutter ruft an und fragt, wann der Leichnam ihres Sohnes zur Bestattung freigegeben werden kann.

12.45 Uhr: Der Leichnam ist vom Bestattungsinstitut an das Institut für Rechtsmedizin (IRM) überführt worden, nachdem die Organspende-Koordinatorin sichergestellt hat, dass das Formular für den Transport von der Kantonspolizei ausgefüllt wurde.

09.15–10.45 Uhr: Die Multiorganentnahme ist beendet.

Bis die entnommenen Nieren und das Pankreas vollständig verpackt, beschriftet und den vor der Notfallstation bereitstehenden Transportunternehmen übergeben wurden, wacht eine Person des OP-Pflegepersonals im Operationssaal beim Verstorbenen.

Gemeinsam mit der Intensivpflege wird der Leichnam, nachdem er verbunden

und gereinigt wurde, vom Operationssaal in die Pathologie transportiert.

Der Präparator und die Ophthalmologin werden informiert, da vor dem Transport ins IRM noch Corneae entnommen werden. Ein Gewebestück der Milz wird in das Typisierungslabor gebracht. Die Organspende-Koordinatorin telefoniert mit der Mutter, um sie über die Dauer und den Verlauf der Entnahmeoperation zu orientieren und offene Fragen hinsichtlich der Abschiednahme, insbesondere die Möglichkeit, den Sohn nochmals zu sehen, zu klären.

Man stellt in Aussicht, mit dem IRM Rücksprache zu nehmen, tauscht Kontaktdaten aus, um – falls gewünscht – im Verlauf mehrerer Wochen anonymisiert Auskunft über den Verlauf der Empfänger geben zu können. Administrativer Abschluss der Organspende: Telefonat mit der nationalen Koordination Swisstransplant und Vervollständigung der Dokumentation in der Patienteninformation. Patientenakten werden auf die Intensivstation zurückgebracht und gegenfalls ein Debriefing für den Folgetag abgemacht.

05.40–09.45 Uhr: Zwei Viszeralchirurgen beginnen die Operation. 90 Minuten später, nach Laparotomie, abdominaler Inspektion, Präparation und Sternotomie, treffen etwas zeitversetzt jeweils ein Herz- und Lungenentnahmeteam von extern ein, die beim Helikopterlandeplatz in Empfang genommen und in den OP begleitet werden. Weitere 45 Minuten später wird, nach Kanülierung sämtlicher Gefässe der zu entnehmenden Organe, der «Cross-clamp» (Abklemmen der Aorta abdominalis subdiaphragmal, der Aorta ascendens und der Pulmonalarterie) vollzogen. Zeitgleich werden die von

der Organspende-Koordinatorin vorbereiteten kardialen, pulmonalen und abdominalen Perfusionslösungen verabreicht und deren unterbruchfreier Flush überwacht. Es werden diverse Telefonate mit der nationalen und mit lokalen Koordinatoren geführt, um die Entnahmezeitpunkte aller Organe möglichst präzise zu kalkulieren, damit die Transporte in das Transplantationszentrum, angepasst an die Empfängersituation und die dortigen Ressourcen, geplant werden können.

Nachdem das Herz entnommen, standardgemäss verpackt und das Organbegleitprotokoll ausgefüllt ist, werden die Herzchirurgen mit der Transportbox und chirurgischen Ausrüstung zum Landeplatz geleitet.

Nochmals 20 Minuten später ist mit der Entnahme der Lunge die Aufgabe (Ventilation) des Anästhesieteams beendet. Das Lungenentnahmeteam bereit sich für den Rückflug vor.

Die viszeral chirurgische Equipe setzte die Entnahme der Bauchorgane fort.

Da die Leber einem Empfänger des Entnahmespitals zugeteilt wurde, wird sie in einer Konservierungslösung steril abgedeckt und in den für die Transplantation vorgesehenen Operationssaal gebracht. Zuletzt werden die Nieren präpariert, entnommen und in sterile Konservierungslösung gelegt. Der Leichnam wird chirurgisch verschlossen. Invasiv installierte Kanülen bzw. Katheter müssen, da im Anschluss eine Obduktion im IRM stattzufinden hat, in situ verbleiben.

05.35 Uhr: Gemeinsam mit dem chirurgischen Entnahmeteam des Entnahmezentrums, der OP-Pflege und der Anästhesie findet ein «Timeout» statt, währenddessen die Identität des Spen-

ders, das Hirntodprotokoll, das medizinische Dossier des Spenders überprüft und der Verlauf der Entnahmeoperation per Checkliste dokumentiert werden.

05.15 Uhr: Ein Anästhesist, eine IP-Pflegende und die Spenderkoordinatorin begleiten den vollständig installierten Spender in den OP. Nach Eintreffen im OP wird er von der Anästhesie monitorisiert und weiter ventiliert. Sie werden während der Entnahme für die Überwachung und Regulierung der Homöostase und für die Beatmung verantwortlich sein.

05.00 Uhr: Die Mutter hat sich auf der Intensivstation verabschiedet. Man vereinbart die nächste Kontaktnahme nach Ende der Organentnahmeoperation.

Tag 2

00.00 – 03.30 Uhr: Nachdem alle Daten eingegeben sind, der Spender vom Medical Advisor bei Swisstransplant freigegeben wurde, vergleicht das System «swiss organ allocation system» (SOAS) die Spender- mit Patientendaten auf der Warteliste und kalkuliert die Zuteilungsprioritäten. Swisstransplant übermittelt den Auftrag des Zentrums, dessen Patient die Lunge angeboten wurde, eine Bronchoskopie durchzuführen, dazu wird der Pneumologe aufgebeten. Die thorakalen Organe sind zugeteilt. Die Transplantationskoordinatoren der jeweiligen Zentren organisieren den schnellstmöglichen luft- oder bodengebundenen Transport der Empfänger. Zusammen mit der nationalen Koordination wird jetzt der Zeitpunkt der Multiorganentnahme terminiert. Unmittelbar danach werden die Entnahmeteams, sofern nicht von extern anreisend, in die Anästhesie,

das OP-Personal und das OP-Management involviert.

17.00 Uhr–23.00 Uhr: Da nun alle Voraussetzungen für den Start der Dateneingaben im SOAS erfüllt sind, beginnt die Erstellung des medizinischen Spenderdossiers (donor information form, DIF). Swisstransplant und die hausinterne Transplantationskoordination werden informiert.

Umfangreiche Blutentnahmen dienen vor allem der Gewebetypisierung, virologischen Analysen und der Standortbestimmung betreffend die Organfunktionen.

Anhand des bereits vorliegenden CT-Abdomen/Thorax wird per Nachbefund die Erhebung der Organgrössen, fokaler Befunde und der Ausschluss von Metastasen und Tumoren in Auftrag gegeben. Die anonymisierte Übermittlung vor allem von Bildgebungen trägt dazu bei, Fragestellungen der Empfängerzentren während der Allokation beantworten zu können und einen effektiveren Verlauf der Zuteilung zu ermöglichen.

Anamnese, Vitalparameter, Katecholaminspiegelungen, aktuell verabreichte Medikamente, Blutgasanalysen, Laborwerte und mikrobiologische Befunde fliessen ebenso ins DIF ein, wie Angaben zum Lifestyle und eventuelle Aufenthalte an Reisedestinationen mit besonderer Infektexposition.

Zur Herzevaluation ist es unumgänglich ein transthorakales Echo (TTE) von einem Kardiologen durchführen zu lassen.

Die Koordinatorin bespricht mit dem Behandlungsteam auf der Intensivstation die Organ erhaltende Therapie. Hauptaugenmerk liegt auf der Korrektur des durch den Diabetes insipidus verursachten Anstieg des Serumnatriums auf 150 mmol/l und des Flüssigkeitsverlustes.

Es wird Minirin und freies Wasser in Form von Glucose 5 % verabreicht. Ein weiterer Schwerpunkt betrifft die Lagerung, die Bronchialtoilette und die lungenprotektive Beatmung.

16.00 Uhr: Da ein aussergewöhnlicher Todesfall aufgrund eines Unfalles besteht, musste via Kantonspolizei der Staatsanwalt avisiert werden. Staatsanwalt, Forensiker, Kantonspolizist, Intensivmediziner und Koordinatorin besprechen sich im Büro des Leitenden Arztes der Intensivstation, bevor die Legalinspektion am Patientenbett vorgenommen wird. Mit den nun zu erhebenden Befunden muss wiederum der Staatsanwalt konfrontiert werden, der in der Folge die Freigabe zur Organspende und den Auftrag für die postoperative Obduktion erteilt.

14.30 Uhr: Neurologe und Intensivmediziner bestätigen durch die klinische Untersuchung den Hirntod.

11.00 Uhr: Die Eltern sekundieren den mutmasslichen Willen ihres Sohnes und wünschen im Einklang mit seiner Freundin, dass der Organspendeprozess gestartet wird. Sie haben verstanden und stimmen zu, dass die intensivmedizinischen Massnahmen im Sinne der Organerhaltung fortgesetzt werden. Der Gewebespende wird ebenfalls zugestimmt.

09.30 Uhr: Die Organspendekoordinatorin wird von der Intensivstation aufgeboten, um das Behandlungsteam bei der Eruiierung des mutmasslichen Willens des Patienten zu unterstützen. Ein dokumentierter Wille in Form einer Patientenverfügung oder eines Organspendeausweises existiert nicht.

Bei allem Schmerz ist es den Angehörigen sehr wohl möglich über das Thema zu reden. Die Freundin weiss zu berichten, dass er sich ihr gegenüber dafür ausgesprochen habe.

Die Eltern brauchen, um die Entscheidung tragen zu können, weitere Informationen, insbesondere darüber, wie der Tod festgestellt wird, wieviel Zeit benötigt wird, welches die einzelnen Prozessschritte sind und wie lange sie ihm nahe sein können. Das Angebot, bei Wunsch einen Seelsorger aufzubieten wird abgelehnt.

08.00 Uhr: Zur Betreuung der Angehörigen wird seitens der Intensivpflege ein Caregiver verlangt.

Der Patient ist akut kreislaufunstable und benötigt zusätzlich zur Volumengabe hohe Dosen Vasoaktiva. In der Folge muss das Beatmungsgerät von einem assistierten- auf einen kontrollierten Modus umgestellt werden. Der Patient triggert den Respirator nicht mehr, die Schutzreflexe sind erloschen.

07.15 Uhr: Die Angehörigen sind eingetroffen und werden vom Behandlungsteam über den bisherigen Verlauf, die Untersuchungsergebnisse und die Prognose ins Bild gesetzt.

06.30 Uhr: Der Dienstoberarzt einer Intensivstation meldet den Therapiezielwechsel Richtung «palliative care» bei einem 19-jährigen, der sich in den frühen Morgenstunden bei einer Frontalkollision ein Polytrauma mit schwerstem Schädel-Hirn-Trauma zuzog. Bereits bei Eintreffen im Schockraum wurden lichtstarre mittelweite Pupillen dokumentiert. Aufgrund des CT-Befundes, mit ausgedehnten diffusen intrazerebralen Blutungen bei bereits beginnender Herniation wird die Situ-

ation von den beigezogenen Neurochirurgen als infaust betrachtet. Aus diesem Grund wird von einer neurochirurgischen Intervention abgesehen. Die Eltern und die Freundin des Patienten sind auf dem Weg ins Spital.

Aus dem Protokoll einer Organspendekoordination geht hervor mit welcher Intensität multi- und interprofessionell über einen langen Zeitraum mit unterschiedlichsten Spezialisten und Persönlichkeiten an-, ver- und geknüpft wird. Es ist beileibe nicht vollständig und vermag nur bruchstückhaft ein Fallbeispiel wiederzugeben.

Das Knüpfen und Vernetzen hört eben beim Abschluss der geschilderten Ereignisse nicht auf, im Gegenteil: die Tatsache, dass «etwas weitergeht» (Zitat eines Spenderangehörigen), rechtfertigt den enormen Aufwand aller Beteiligten letztendlich zum Wohl der Organempfänger.

So gesehen ist Organspende-, Hand in Hand mit der Transplantationsmedizin, ein Paradebeispiel für Netzwerken, das sich in jeder Situation, weil sie individuell ist, neu zu bewähren hat und seine Tragfähigkeit beweisen muss. Wahrscheinlich gibt es wenige Bereiche in der Medizin, die aus so vielen unterschiedlichen Disziplinen, weit über eine universitäre medizinische Institution hinaus, funktionieren müssen.

Etablierte Maschen sind eng und tragend, Verantwortlichkeiten und Rollen sind lokal, regional und national definiert und zugeteilt; sie geben allen Involvierten die Sicherheit, ohne die diese Arbeit nicht professionell durchzuführen ist. Die Leitplanken sind durch das Transplantationsgesetz, die Transplantationsverordnung und

die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) gegeben. Trotzdem sind Organspende- wie Transplantationsmedizin dynamische Disziplinen, die sich den aktuellen und zukünftigen medizinischen, organisatorischen, juristischen, politischen, kulturellen und ethischen Anforderungen, national und international zu stellen haben.

Als einige Herausforderungen seien genannt: die Zukunft der Schweizerischen Organspendelandschaft nach Abschluss des vom Bundesrat im Jahr 2013 lancierten Aktionsplans «mehr Organe für die Transplantationen» im Herbst 2018; die Chancen, Möglichkeiten und Konsequenzen einer vermuteten Zustimmung; Todesverständnis-, Definition- und Gültigkeit des Hirntodkonzeptes; die Ausarbeitung eines nationalen «Donation after Circulatory Determination of Death» (DCD) Rahmenwerks unter Beteiligung aller Spezialisten aus sämtlichen Transplantationszentren und die Integration der Frage nach Organspende in ein palliatives Gesamtkonzept vor dem Hintergrund hoher Ablehnungsraten.

Entstehung des Spendenetzwerks Zürich

Bereits ab Anfang bis Mitte der 1990er Jahre etablierte sich im Universitätsspital Zürich (USZ), als grösstes Transplantationszentrum der Schweiz, die so genannte «Transplantationskoordination», welche die Prozesse der Listung von Empfängerpatienten, die systematische Dokumentation von Daten und die Organisation aller bei Organspenden zu treffenden Massnahmen organisierte. Zunächst wurden diese Aufgaben einzig von Frau P. Seeburger, Koordinatorin der ersten Stunde, mit Unterstützung von dazu delegierten

Assistenzärzten, bewerkstelligt. Dazu gehörte auch die Koordination von Organspendern bei Detektion in Spitälern ausserhalb, Zürichs. Aufgrund zunehmender Fortschritte der Transplantationsmedizin, mit Erweiterung der Transplantationsprogramme und Indikationen für die Listung, dem Start der Lebendnierentransplantation und der Vergrösserung des Einzugsgebietes, stieg der Bedarf für Struktur und Personal. Frau T. Reh und P. Seeburger teilten sich ihrerseits sämtliche Bereitschaftsdienste.

Am 1. Juli 2007 trat das «Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen» in Kraft. Bereits ein Jahr zuvor wurde auf Initiative von Prof. R. Stocker, Leitender Arzt der traumatologischen Intensivstation USZ, ein Projekt ins Leben gerufen, um den gesetzlich formulierten Auftrag aus Art. 57 der Transplantationsverordnung, der die Kantone dazu verpflichtet, auf den Intensivstationen für Prozesse zu sorgen, um den Ablauf hinsichtlich Spendererkennung, Todesfeststellung, Betreuung von Angehörigen, Betreuung von Organspendern, und Entnahme und Transplantation von Organen, Zellen und Geweben zu gewährleisten.

Es wurden gemeinsam mit der damaligen Leiterin der Transplantationskoordination, Frau. U. Schäfer, Lösungsvorschläge erarbeitet, die in einem «Konzept über den Aufbau einer zentralen Organisation im Kanton Zürich» im März 2006 mündeten, das der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich präsentiert wurde.

2006 bestand das Spendenetzwerk aus 18 Spitälern. 2008 konnte die Gesundheitsdirektion unter Gesundheitsdirektor Dr. T. Heiniger Folgendes bemerken: «... Im USZ wurde eine

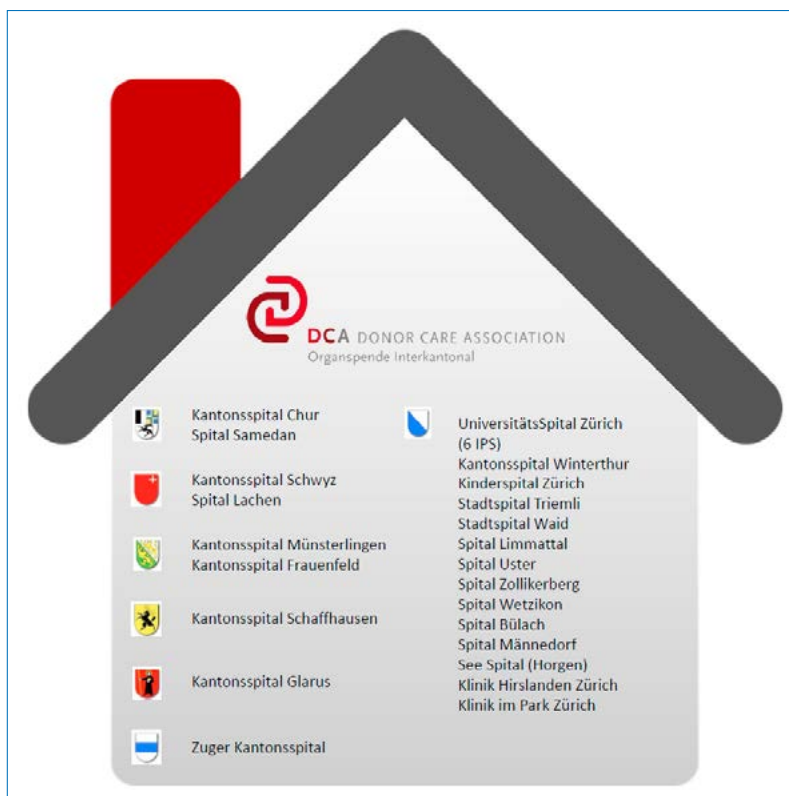


Abb 1: Auflistung sämtlicher Detektionsspitäler der Schweiz, welche in der «Donor Care Association» involviert sind.

überregionale Koordinationsstelle etabliert, die heute Ansprechpartner für alle Intensivstationen des Kantons Zürich und für solche aus den benachbarten Kantonen in Bezug auf Organspenden ist ...» .

Die erste Dekade ab dem Jahr 2000 zeigte, innerhalb des USZ, bestenfalls plafonierende Spenderzahlen. 2009 war ein Tiefpunkt erreicht. Als Konsequenz daraus wurde durch den nationalen Spenderausschuss bei Swisstransplant, dem Comité National de Don d'Organes (CNDO), ein Audit empfohlen, von den Verantwortlichen des USZ aufgegriffen und von Prof. S. Marsch durchgeführt («Monitoring Organspenderzahlen USZ»).

Das USZ war, als das am meisten Organe transplantierende Zentrum der Schweiz, das vergleichsweise tiefe Spenderzahlen aufwies, gesundheitspolitisch exponiert.

Obwohl die Transplantationskoordination unter der Leitung von W. Nauer weitere Professionalisierung erfuhr, eine Hotline für Intensivmediziner betrieb, flächendeckend intern und überregional Schulungen für intensivmedizinisches Personal veranstaltete, an diversen Bildungsinstitutionen des Gesundheitswesens dozierte und Kommunikationskurse organisierte, entschied sich die Spitaldirektion des USZ, neue Wege zu beschreiten.

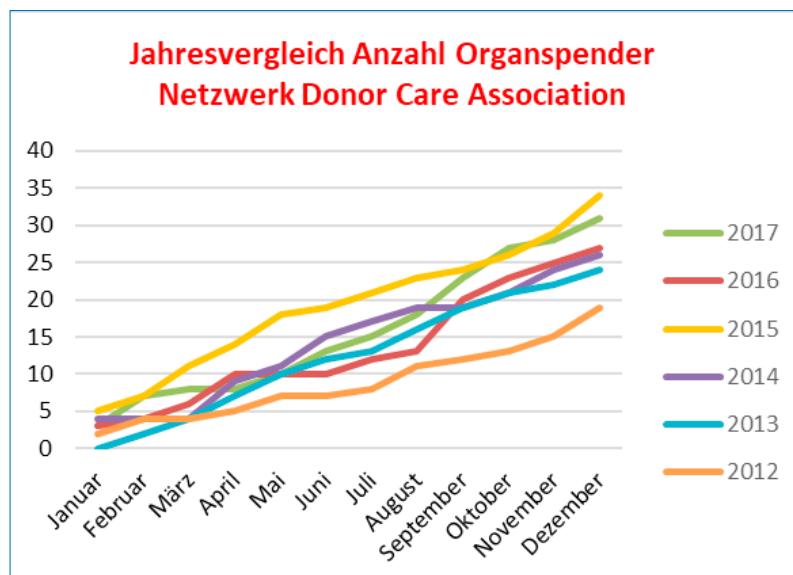


Abb 2: Entwicklung der Spenderzahlen im Jahresvergleich von 2012 bis 2017 des Netzwerks «Donor Care Association».

Die Donor Care Association (DCA)

2011 wurde die Stelle eines Generalkoordinators ausgeschrieben und im Frühjahr 2012 besetzt. Die Intention sah eine schrittweise strukturelle und personelle Trennung der Empfänger von der Spenderkoordination vor und wurde sukzessive umgesetzt, mit dem Ziel, die Ressourcen auszubauen, um das Potenzial potenzieller Spender zu heben, die Angehörigen umfassender zu betreuen und den Stationen, die mit möglichen Organspendern konfrontiert sein können, maximale Unterstützung angedeihen zu lassen.

Bereits wenige Monate später wurde zu zweit, zunächst noch mit engagierter Beteiligung der Transplantationskoordination, eine separat agierende Pikettbereitschaft für alle Spenderbelange zu Diensten des aus nun 24 Spitälern, inklusive USZ, bestehenden Netzwerk betrieben.

Dem Spendenetzwerk Zürich wurde eine neue Identität «DCA» zuteil um einen universelleren Namen zu geben,

der alle am Netzwerk angeschlossenen besser integriert und repräsentiert.

Ab 2013 war die DCA personell ausreichend ausgestattet, um völlig unabhängig fungieren zu können.

Die Dienstleistungen und Massnahmen der DCA wurden in den vergangenen fünf Jahren unter anderem wie folgt erweitert:

- Bereitstellung eines «flying team» für alle Detektionsspitäler um beispielsweise Angehörigengespräche zu führen, bei organisatorischen und medizinischen Belangen zu unterstützen oder vor Ort, bei entsprechender Infrastruktur, den Grossteil einer Organspendekoordination durchzuführen.
- Flächendeckende Ausstattung aller Intensiv- und Notfallstationen mit Abläufen zur Spendererkennung- und -meldung.
- Regelmässige Schulung aller Organspendeverantwortlichen «in- und outhouse».

- Etablierung und Betrieb eines lokalen Careteams, das vorwiegend Intensivstationen punktuell und meist nicht (nur) im Rahmen einer Organspende unterstützt.
- Relaunch und Ausbau des DCD-Programmes (Donation after Circulatory Determination of Death) seit Ende 2011.
- Initiative des ersten Angehörigentreffens der Schweiz vor drei Jahren mit jährlichen Folgeveranstaltungen.
- Mehrmals pro Jahr organisierte Hirntod- und DCD-Workshops für Intensivmediziner.

Daraus ergaben sich neue Verknüpfungen. Zudem sind die Zahlen der Spender seit 2012 deutlich angestiegen.

Auf nationaler Ebene ist der ärztliche Netzwerkleiter und die beiden leitenden Donor-Care-Manager auch ausserhalb Koordinationen intensiv im engen Austausch mit Swisstransplant und einsitzend in diversen Gremien des CNDO, dem Steuerungsausschuss und dem operativen Kernteam (OKT); ersterer als Präsident der nationalen DCD-Gruppe.

Organisation von Labormedizin und Blutspende in der Schweiz

Prof. Dr. med. Andreas Huber, Chefarzt und Institutsleiter, Institut für Labormedizin, Kantonsspital Aarau AG, 5001 Aarau, andreas.huber@ksa.ch

Key Words: Labor, Blutspende, Organisation, Verfügbarkeit, Einsatzgebiete

Laboratory Medicine is in Switzerland highly prevalent. The expectations of our population can be fulfilled on a high technical and professional level. Policy makers have regulated different aspects of laboratory medicine to insure high quality and protection of the Swiss population. Critical is the situation for presence of sufficient professionals and development for the future.

Einführung

Die Labormedizin ist ein eher junges Spezialfach in der Medizin. Im Rahmen neuer technologischer Möglichkeiten wie Massenspektrometrie und Next Generation Sequencing hat sich die Bedeutung der Labormedizin in den letzten Jahren stark gewandelt. So leistet bei ca. 60 bis 70 Prozent aller klinischen Entscheide das Labor einen wichtigen Part resp. eine wichtige Grundlage. Es gibt verschiedene Einsatzgebiete der Labormedizin, darunter Screening, Ausschluss einer Diagnose, Einschluss einer Diagnose, Monitoring von Therapien und dergleichen. Heute müssen Laborparameter einen hohen prognostischen und auch prädiktiven Aussagewert haben. Mittels Berechnung von negativ prädiktivem Wert oder positiv prädiktivem Wert wie auch Likelihood Ratio kann eine oft recht genaue Angabe über das Vorliegen einer bestimmten Krankheit oder das Nichtvorhandensein einer bestimmten Krankheit gemacht werden. Die Qualität eines Laborresultates hängt von verschiedenen Faktoren ab, darunter von der Präanalytik (Entnahmekzeit, Transport, Lagerung), aber auch von der guten Indikation für einen Test.

Weiter bestimmt natürlich die Qualität der Analytik inkl. Instrumente und Reagenzien mit der dazugehörigen Kalibrierung, Kontrollen, Rückführbarkeit und weiteres mehr das positive Ergebnis. Zuletzt aber auch muss die Postanalytik stimmen, d.h. es braucht eine richtige Interpretation, unter anderem gute und angepasste Definitionen der Referenzintervalle. Wenn oben genannte Voraussetzungen gegeben sind, dann leistet die Labormedizin einen wesentlichen Beitrag in einer modernen Medizin.

Parameterspektrum und Methoden

Es werden verschiedene Körperflüssigkeiten wie Vollblut, Serum, Plasma, Urin, Sekrete, Liquor, sogar auch Tränenflüssigkeit untersucht. Auch zelluläre Bestandteile gehören zum Analysenmaterial der Labormedizin, darunter Erythrozyten, Leukozyten, Thrombozyten, Tumorzellen usw. Auf biochemischer Ebene untersucht man aus diesen Flüssigkeiten oder Zellen Stoffwechselprodukte, Elektrolyte, Proteine, Kohlenhydrate, aber auch DNA und RNA. In der Mikrobiologie werden zusätzlich noch infektiöse Agenzien wie Bakterien, Viren, Protozoen, Parasiten und Pilze untersucht. Die Labormedizin verwendet heute eine breite Palette an Methoden, die zunehmend robust, gut standardisiert und präzise sind, darunter ionenspezifische Elektroden, Photometrie, Turbidimetrie, Nephelometrie und andere immunologische Methoden. Weiter sind verschiedene Chromatographien wie HPLC, aber auch Massenspektrometrie, Atomabsorption und laserunterstützte photometrische Methoden im Einsatz. RNA und DNA werden mit verschiedenen molekularbiologischen Methoden untersucht, darunter Sanger-Sequenzierung, Next

Generation Sequencing (NGS) und vieles mehr. Die Labormedizin ist zusammen mit der Industrie bestrebt, die Methoden zu standardisieren und wenn immer möglich auf internationale Normen rückzuführen.

Organisation der Labormedizin in der Schweiz

Die gesetzlichen Grundlagen in der Schweiz sind im Krankenversicherungsgesetz (KVG) und entsprechenden KV-Verordnungen definiert. So werden die Laboratorien in drei Typen, nämlich A, B und C, eingeteilt. Das Typ A Labor befindet sich in Pflegeheimen, Altersheimen und Praxen von niedergelassenen Ärzten. Es umfasst ein limitiertes Paket an Parametern, die in diesen Typ A Laboratorien gemessen werden und entsprechend den Sozialversicherungen verrechnet werden dürfen. Der Laborbetreiber muss einen so genannten «Fähigkeitsausweis Praxislabor (FAPL)» besitzen. Da gibt es Vorschriften bezüglich der einzuhaltenden Qualitätsmassnahmen, die im KBMAL (Kriterien zur Betreibung eines Praxislabors) und in Guidelines von Fachgesellschaften beschrieben sind. In der Schweiz gibt es im Vergleich zum Ausland eine deutliche Verbreitung dieses Labortyps mit in etwa 4000 solcher Typ A Laboratorien. Der Zugang für die Bevölkerung zu dieser Dienstleistung ist also niederschwellig und so ziemlich jederzeit erhältlich. Das Typ B Labor findet man in grösseren Spitälern und umfasst eine recht breite Palette an Parametern, die allerdings nur für den Eigengebrauch, d.h. für Patienten des eigenen Hauses, eingesetzt werden dürfen. Diese Labore müssen von einem Fachspezialisten supervisiert werden. Die Typ C Laboratorien findet man in grossen universitären Häusern

und Kantonsspitalern sowie auch in privaten grossen Servicelaboratorien, ja sogar internationalen Laborgruppen. Die Qualitätserfordernisse in diesen grossen Laboratorien sind natürlich entsprechend hoch. So sind doch die meisten dieser Laboratorien nach einer ISO-Norm (17025/15189) durch die Schweizerische Akkreditierungsstelle akkreditiert. Über Forschungslaboratorien und Laboratorien im Veterinärwesen wollen wir uns in diesem Artikel nicht äussern. Die genaue Zahl von Typ B Laboratorien ist dem Schreibenden derzeit nicht bekannt, es dürfte sich aber um 100 bis 200 Labore handeln. Vom Typ C Labor finden sich etwa 20 grössere Labore in öffentlichen Institutionen und wohl um die 50 private Dienstleistungslabore.

Aus- und Weiterbildung in der Labormedizin

Im akademischen Segment findet die Ausbildung während des Studiums in Medizin oder aber auch in einer naturwissenschaftlichen Disziplin statt. Eine reine Labormedizinausbildung gibt es jedoch nicht. Die relevanten Fächer sind Biochemie, Biologie, Mikrobiologie, Molekularbiologie, Immunologie und Hämatologie. Sinnvollerweise hat der akademische Labormediziner auch eine Ausbildung in Humanmedizin oder wenigstens relevante Teile davon. Im Bereich der nicht akademischen Ausbildung finden labormedizinische Komponenten in folgenden Ausbildungsgängen statt: Medizinische Praxisassistentin (MPA) und Biomedizinische Analytikerin (BMA). Bezüglich akademischer Weiterbildung ist festzuhalten, dass es in der Schweiz, im Gegensatz zum Ausland, keinen FMH-Titel «Labormedizin gibt». Ein ebenbürtiges Äquivalent ist die Weiter-

bildung zum FAMH-Titelträger. Dieser Weiterbildungsgang ist nicht nur Medizinern, sondern auch anderen Naturwissenschaftlern offen. Die mindestens vierjährige Weiterbildung schliesst mit einem FAMH-Titel ab, was den Titelträger ermächtigt, entweder in einem Core-Labor zu arbeiten und dieses zu leiten oder aber ein Fachgebiet zu leiten wie Hämatologie, Immunologie, Klinische Chemie, Genetik oder Mikrobiologie. Welche Fachkompetenzen wo eingesetzt werden, ist ebenfalls gesetzlich auf eidgenössischer Ebene geregelt. Die Kommission QUALAB überwacht und entwickelt die Qualitätsbedürfnisse in der Schweiz weiter und kontrolliert auch die von drei Instituten durchgeführten externen Ringversuche. Ein eigentliches Laborgesetz, wie es in anderen Ländern existiert, gibt es in der Schweiz nicht. So lehnen sich die Fachgesellschaften an deutsche, amerikanische und andere europäische Gesetze, Richtlinien und Vorschriften an. Besonders geregelt ist die molekulargenetische und zytogenetische Analytik in einem entsprechenden Gesetz resp. der dazugehörigen Verordnung. Hier sind die Qualitätsanforderungen sinnvollerweise noch einmal verschärft worden. In der Schweiz gibt es rund 70 Labore, die genetische Analysen durchführen. Im Bereich der mikrobiologischen Analytik sind zusätzliche Gesetze massgebend, darunter das Epidemiengesetz und die Einschlussverordnung. Hier werden Fakten bezüglich Bevölkerungsschutz, Epidemien und anderen Qualitätsanforderungen geregelt. Labore, welche solche Analytik anbieten, werden zusätzlich von der Swissmedic entsprechend inspiziert und kontrolliert. Schliesslich besteht auch eine Meldepflicht von gefährlichen und schweren Infektions-

krankheiten wie Hepatitis, HIV, Influenza, hämorrhagische Fieber, usw.

Einsatz in verschiedenen Lagen

In der normalen Lage kann die labormedizinische Versorgung der Bevölkerung durch private und öffentliche Institutionen problemlos garantiert werden. Eigentlich herrscht eine Überversorgung, was zu ungesunder Konkurrenz, illegaler Rabattierung und unnötigen Mengenausdehnungen führt. Allerdings hat sich aufgrund des Tarifdrucks die Laborszene sowohl auf der Seite der Leistungserbringer wie auch auf der Seite der Industrie verdichtet. In den letzten Jahren ist es jedoch vermehrt auch in normalen Lagen zu Versorgungsengpässen gekommen, weil monopolisierte Produktionsstätten einen Ausfall erlitten haben (z. B. Wirbelsturm mit totaler Zerstörung der Produktionsstätte für Blutkulturflaschen und dem Resultat einer weltweiten Unterversorgung). In besonderen Lagen kann die Versorgung der Bevölkerung durchaus kritisch werden. Dies zum einen aus rein logistischen Gründen bei Isolationszuständen (Lawinen, Murgänge usw.). Für die Basisdiagnostik dürften jedoch vor Ort genügend Angebote vorhanden sein. Auch kann bei ausgedehnten Epidemien (z. B. Schweinegrippe, Vogelgrippe, SARS usw.) oder Auftreten von seltenen gefährlichen Infektionskrankheiten (Ebola) die Labormedizin stark gefordert sein. Man hat aus den vergangenen Epidemien gelernt und in der Schweiz neue, mehr zentralisierte Strukturen geschaffen, die in solchen Lagen dann die entsprechende Leistung rasch und ohne Gefährdung von Mensch und Umwelt erledigen können. Auch ist die Armee mit dem Labor Spiez und den entsprechenden labormedizinischen Einrich-

tungen und Einheiten gut aufgestellt und ergänzt resp. kooperiert mit den zivilen Institutionen im entsprechenden Krisenfall.

Organisation Blutspendedienst

Der Blutspendedienst ist in einer Stiftung Blutspendedienst SRK (BSD SRK) organisiert. Es gibt schweizweit Blutspendezentren, die von Spenderorganisationen, Blutentnahmen über Aufarbeitung der verschiedenen Blutprodukte, Qualitätssicherung und Versorgung an die entsprechenden Abnehmer, insbesondere Spitäler, durchführen und garantieren. Es sind dies insgesamt elf regionale Zentren mit Hauptsitz in Bern. Die Versorgung in der Schweiz ist adäquat. Mit Ausnahme einiger Blutprodukte mit seltenem Vorkommen kann die Versorgung in der normalen Lage jederzeit sichergestellt werden. Dies trotz abnehmender Spendenfreudigkeit, besonders in den Städten und bei gleichzeitig auch erfreulicherweise abnehmendem Bedarf. Gerade im Bereich der Blutprodukte für die Blutgerinnung resp. Blutstillung wird heute klinisch vermehrt auf Faktorenkonzentrate zurückgegriffen, was bezüglich Haltbarkeit, Handling und Ansteckungsrisiko deutlich einfacher und sicherer ist. Auch hier gab es in der Vergangenheit gelegentlich Versorgungsengpässe beim Ausfall eines ganzen Lots eines Faktorenkonzentrats. Es musste dann auf Präparate anderer Hersteller umgestiegen werden. Bei der zunehmenden Monopolisierung dieses Industriebereichs könnten sich künftig aber weitere kritische Engpässe einstellen. Auch im Blutspendedienst sind die Qualitätsanforderungen geregelt und finden schweizweit auf hohem Niveau mit gutem internationalem Vergleich statt. Die Sicherheit der Blutpro-

dukte ist sehr hoch. Die meisten Fehler entstehen bei der falschen Applikation, will heissen Verwechslungen. In einer ausserordentlichen Lage, insbesondere bei Vorkommen von Massenverletzungen, wird man zwangsläufig rasch in einen Versorgungsengpass kommen. Zum Glück sind die Spenderorganisationen gut organisiert und Spender können rasch mobilisiert werden. Allerdings hat das System seine biologischen und demographischen Limiten.

Schlussfolgerung

In der Schweiz findet man eine qualitativ sehr hoch stehende, moderne und nahezu jederzeit erhältliche Labormedizin als wichtige Unterstützung in der klinischen Medizin für Diagnose von Krankheiten. Die Verfügbarkeit ist breit gefächert für einfache Analytik und zunehmend zentralisiert für komplexere und teurere Analytik. Das nötige Fachwissen ist auf allen Stufen in höchster Qualität vorhanden. Eine gesetzliche Regulierung liegt vor, findet sich aber doch in relativ vielen Verordnungen, Gesetzen, Bestimmungen und fachlichen Richtlinien. Eine Vereinheitlichung und ein Zusammenzug wären sicher sinnvoll. Im internationalen Vergleich schneidet die schweizerische Labormedizin mit Sicherheit gut ab. ■

Ein Tag im Leben eines Koordinators

Werner Naumer*, Martin Wendt (Leiter Transplantationskoordination, European, Transplant Coordinator, UEMS, UniversityHospital Zürich, Rämistrasse 100, 8091 Zürich, OST U 57) Tel: +41 (0)44 255 66 66, Fax: +41 (0)44 255 45 27, werner.naumer@usz.ch, martin.wendt@usz.ch

Key Words: Transplantationskoordination, Transplantationszentrum USZ, Swisstransplant

Die Transplantationskoordination am UniversitätsSpital Zürich ist die funktionelle organisatorische Einheit des Transplantationszentrums und Ansprechpartner zu Fragen der Transplantation von soliden Organen für Patienten und deren Angehörigen, Hausärzte und zuweisenden Kliniken. Eine enge Zusammenarbeit besteht zu den Einrichtungen der Vermittlungsstelle Swisstransplant und den Koordinierungsstellen für Organspende in den fünf anderen Transplantationszentren.

Aufgaben der Transplantationskoordination

Wenn nach Abschluss der Evaluierung eines Patienten die Indikation zur Transplantation gestellt worden ist, findet ein Gespräch zu allen organisatorischen Fragen im Transplantationsbüro statt. Es wird ausführlich zu den wichtigen Themen der Anmeldung bei Swisstransplant, zur Wartezeit und Dringlichkeit, zu notwendigen Untersuchungen während der Wartezeit, zur ständigen Erreichbarkeit und zum Abruf zur Transplantation informiert. Auch zu Fragen einer möglichen Lebendspende wird ausführlich gesprochen und beraten. Wird eine Lebendspende konkret angedacht, werden von den Koordinatoren die organisatorischen Aufgaben übernommen. Für Gespräche mit den Spendern stehen die Mitarbeiter jederzeit zur Verfügung, die sich als Partner und Begleiter der Patienten und Angehörigen verstehen. Darüber hinaus tragen sie mit an der Verantwortung zur Einhaltung der Richtlinien des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) für

die Anmeldung und Wartelistenführung unseres Zentrums und sind Teilnehmer der interdisziplinären organspezifischen Transplantationskonferenzen.

Die Transplantationskoordination ist vor allem rund um die Uhr zuständig für Organangebote, die Swisstransplant an unser Zentrum gibt. Alle dazu notwendigen organisatorischen Schritte, von der Akzeptanz bis zur Transplantation, werden übernommen und mit den verantwortlichen Ärzten abgestimmt. Nach den offiziellen Bürozeiten werden diese Arbeiten durch einen täglichen Pikettdienst abgedeckt.

Die Transplantationskoordination des Universitätsspitals (usw.) wird von sechs Personen gebildet, die neben der Büroarbeit den Pikettdienst abwechselnd über 365 Tage rund um die

Uhr abdecken. Ein Teammitglied ist ausschliesslich für administrative Aufgaben zuständig. 2017 wurden durch uns 261 neue Patienten auf die Warteliste genommen. Insgesamt betreut das Team aktuell 519 Patienten auf der Warteliste für alle soliden Organe. Zum Vergleich dazu befinden sich zurzeit 1478 Personen auf der Warteliste in der gesamten Schweiz (Stand Januar 2018).

Insgesamt konnten im Jahr 2017 von 145 Spendern Organe an unsere Patienten weitergegeben werden. Das entspricht einer Spenderrate von 12,6 Spendern pro Million Einwohnern. Neben den Organspenden in der Schweiz zeichnete die Transplantationskoordination auch verantwortlich für elf Organimporte aus Zen-

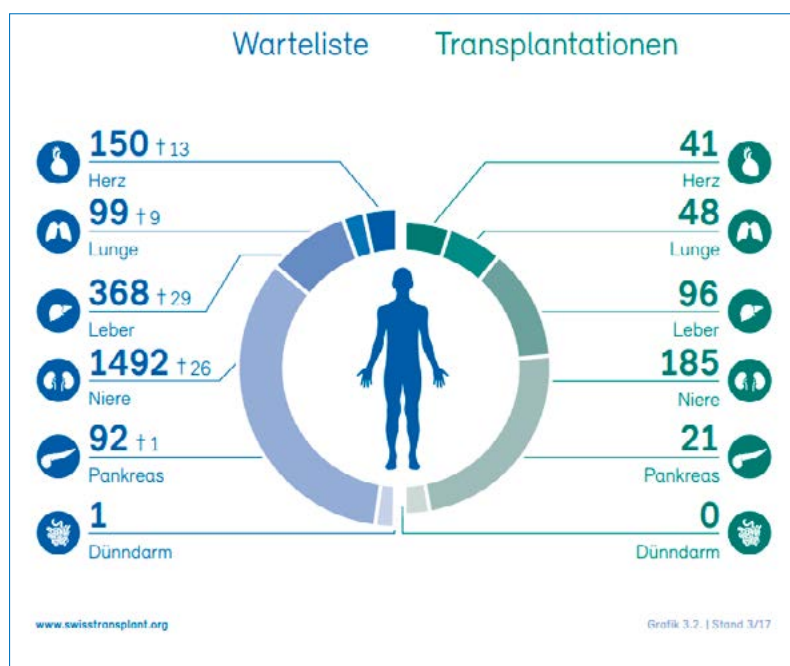


Abb 1: Graphische Übersichtsdarstellung der aktuellen Transplantationswarteliste und erfolgten Transplantationen in der Schweiz, gegliedert nach Organen.



Abb 2: Das Transplantationskoordinations-Team des UniversitätsSpitals Zürich: Werner Naumer, Martin Wendt, Martina Neff, Mia Eugster, Susanne Anklin, Petra Sonderegger, Therese Reh

traleuropa. Dazu zählen zum Beispiel England, Frankreich, Litauen.

Ein typischer Tagesablauf auf der Transplantationskoordination

Im Anschluss soll ein Situationsbericht einer Transplantationskoordination einen lebhaften Eindruck vermitteln, in welcher Abfolge Organe eines Spenders den Weg zu seinem Empfänger finden. Die Transplantationskoordination am USZ ist rund um die Uhr täglich besetzt und jederzeit erreichbar.

«Es ist 17.00 Uhr und ich leite das Telefon auf mein Diensthandy um. An diesem Abend gehe ich rechtzeitig schlafen, um konzentriert und aufnahmefähig zu sein, wenn in der Nacht ein Organangebot eintrifft. Um 23.45 Uhr weckt mich das Diensthandy.»

«Hallo, hier ist SWTR, es gibt ein Organspender in Genf und ich biete dir das Herz, die Lunge und die Leber an

für die Empfänger im USZ auf der jeweils ersten Position.»

Ich bin sofort wach. Für jedes Organangebot habe ich maximal eine Stunde Zeit, es mit dem Chirurgen zu besprechen und danach zu akzeptieren oder abzulehnen. Dazu benutze ich die elektronische Datenbank «swiss organ allocation system» (SOAS) in der alle Spender und Empfängerdaten registriert sind. Ich rufe den jeweiligen Dienst habenden Chirurgen an, um mit ihm die Spenderdaten durchzugehen, damit die Entscheidung gefällt werden kann, ob es sich um ein transplantables Organ für den Empfänger handelt. Es muss zügig gehen. Das Herz wird akzeptiert. Der Kardiologe und der Herzchirurg stimmen ihre Entscheidung untereinander ab. Anschliessend informiere ich den Lungenchirurg, der ebenfalls akzeptiert, allerdings unter Vorbehalt. Aufgrund der Raucheranamnese von 25 pack years wird ein CT der Lunge veranlasst, welches ich via

SWTR in Auftrag gebe. Es sind schon 30 Minuten vergangen. Nun muss noch die Leber angeboten werden. Der Leberchirurg akzeptiert das Angebot, möchte aber eine Leberbiopsie während der Entnahme vornehmen mit der Frage nach Steatose, da im Ultraschall Abdomen eine milde Verfettung erwähnt wird.

Jetzt geht der Telefonmarathon los: Ich bestelle die Patienten ein und hoffe, dass sie auch das Telefon hören und abnehmen. Diese Momente sind spannend.

Wie reagiert der Patient der so viele Monate oder sogar Jahre auf sein ersehntes Organ gewartet hat? Was wird er sagen? In diesem Fall sind die Patienten erleichtert, dass ihre Warte- und Leidenszeit vorbei ist. Sie freuen sich und machen sich reisefertig.

Ich lasse sie mit dem Rettungswagen abholen. Der Herzempfänger ist aus dem Tessin und für ihn bestelle ich einen Helikopter der Rega, damit er pünktlich im USZ eintrifft. Bis alle eingetroffen und im OP bereit sind für die Implantation, muss ich rund fünf Stunden einplanen.

Ich informiere alle involvierten Personen über die bevorstehenden Transplantationen. Dazu zählen die Notfallleitstelle, die Eintrittsstation, der Assistenzarzt für die Aufnahme, das OP Personal, die Anästhesie, die Implantations- und Entnahme-Chirurgen, das Typisierungslabor, die Blutbank sowie die Bettendisposition. Um systematisch vorzugehen dient mir eine Checkliste. So ergeben sich bei einer Koordination bis zu 130 Telefonate.

Inzwischen ist es 04.30 Uhr. Sobald die Empfänger im USZ sind und

bereit für die Anästhesie, erfolgt einer der wichtigsten Punkte meiner Arbeit. Ich entwerfe einen Zeitplan um alle beteiligten Personen zur richtigen Zeit am richtigen Ort zu haben.

Der Herz- und Lungenempfänger muss beispielsweise schon in der Anästhesievorbereitung sein, wenn das Entnahmeteam in Genf am OP-Tisch steht und die Organqualität augenscheinlich beurteilt. Anschliessend folgt beim Empfänger ebenfalls der OP-Schnitt, wobei das kranke Organ erst entnommen wird, wenn das neue Organ vor Ort ist.

Bei der Leber warten wir die Biopsie ab. SWTR ruft mich an: «Der OP-Schnitt beim Spender ist für 6.00 Uhr in Genf geplant». Ich gebe diese wichtige Zeitangabe an die Entnahmeteams weiter. Das Herz- und Lungenentnahmeteam fliegen gemeinsam um 5.00 Uhr mit dem Helikopter vom USZ ab. Die Leber entnimmt uns das Genfer Team – eine Vereinbarung unter allen Leber-Transplantationszentren (Zürich, Bern, Genf), dass jeweils für das andere Zentrum die Entnahme durchgeführt wird. Nun bestimme ich mit den Implantationschirurgen die Schnittzeit beim Organempfänger und leite diese Zeit an das Anästhesie- und OP-Team weiter. Sie haben nun Zeit, sich auf die geplanten Operationen vorzubereiten.

Nachdem das so genannte «Timing» steht und die Chirurgenteams mit dem Helikopter nach Genf unterwegs sind, habe ich Zeit, nochmal persönlich beim Organempfänger vorbeizuschauen. Oft kennt man die Patienten gut, die man über eine lange Zeit begleiten durfte. Ich wünsche ihnen alles Gute und gebe ihnen Zuversicht. Zurück in meinem Büro, werde ich nun noch die Spen-

derdaten beim jeweiligen Empfänger in das Organentnahmeprotokoll einfügen. Das gibt dem Chirurg und mir die Sicherheit, dass alle Daten die bisher mündlich ausgetauscht wurden, nun auch schriftlich visiert werden. Alle administrativen Vorgänge sind nun abgeschlossen. Swisstransplant informiert mich über das Biopsie Resultat. Unser Leberchirurg stimmt einer Transplantation zu.

Nun wird es langsam ruhiger. Ich versichere mich, ob alle Zeitangaben eingehalten werden, um bei Zeitplanabweichungen sofort eingreifen zu können. Es läuft alles reibungslos und die Chirurgenteams landen wie geplant mit den Organen im USZ. Einige Zeit später wird auch die Leber geliefert, die mit der Ambulanz nach Zürich gebracht wurde. Ich kontrolliere, ob die Organe unversehrt eingetroffen sind und die jeweiligen Swisstransplant-Nummern übereinstimmen. So kann ich sicher gehen, dass es zu keiner Verwechslung kommt.

Für diese Koordination ist meine Arbeit getan und ich gehe mit Zufriedenheit nach Hause.

Zusammenfassung

Das Transplantationskoordinations-team des UniversitätsSpitals Zürich ist für die organisatorischen und logistischen Abläufe der Transplantationen von soliden Organen zuständig. Dafür ist ein Team von sechs Personen 365 Tage im Jahr rund um die Uhr im Einsatz. Im Jahr 2017 befanden sich 519 Patienten auf der Warteliste des UniversitätsSpital Zürich, 145 Organe konnten transplantiert werden. ■

The Return of Tetanus: from an ancient scourge to an insidious enemy after contemporary natural disasters

Francesco M. Galassi, Lafi Aldakak, Michael E. Habicht, Frank Rühli, Institute of Evolutionary Medicine, University of Zurich, Winterthurerstrasse 190, 8057 Zurich, francesco.galassi@iem.uzh.ch

Key Words: history of tetanus; evolutionary medicine; natural disasters

This article highlights the historical scourge represented by tetanus with a particular attention to potential natural disasters. In the light of recent skepticism at the popular and societal level on the real necessity and usefulness of vaccinations (including against tetanus) and alarming case reports in Europe, we stress the importance of immunization and the potential epidemic consequences in the event of natural disasters, as inferred from early 21st century events.

A brief clinical overview

Tetanus is a medical condition characterized by muscle spasms due to an infection with *Clostridium tetani*. Typically, *C. tetani* enters the organism through an injury to the skin by a contaminated sharp object [1]. Once this bacterium has entered and established the infection, it starts producing toxins. These toxins bind to peripheral nerve endings and travel through the

axon and the nervous junctions to the central nervous system (CNS). At the CNS, tetanus toxins block the release of inhibitory neurotransmitters leaving the nervous impulses unchecked. The result is generalized spasms of skeletal muscles [2].

The heart muscle and smooth muscles (i. e. visceral) are spared because of their intrinsic electrical control. Tetanus begins with spasms in the muscles of the jaw and sometimes other facial muscles. These spasms later descend down to the neck, chest and the rest of the body, sometimes causing arching of the back when they affect the back muscles. This case can be life-threatening as it impedes breathing when it affects respiratory muscles. Treatment includes wound lavage with debridement, tetanus immunoglobulin as well as metronidazole and diazepam [3]. Tracheotomy might be indicated in severe cases for securing open airway. Prevention with tetanus toxoid vaccination remains the best treatment. This vaccine should be regularly administered to children and the CDC (Centers

for Disease Control and Prevention) recommends a booster vaccine for adults every ten years. Depending on the cleanliness of the wound and the vaccination history post-exposure prophylaxis is also indicated in specific cases. Post-exposure prophylaxis usually consists of tetanus toxoid with or without tetanus antibodies that can neutralize the toxin [4]. Tetanus remains a major global health problem, and more public health efforts are needed to fight it.

History and palaeopathology of tetanus

From a historical perspective, tetanus appears to be a disease of the greatest antiquity although most of the evidence basically consists of textual descriptions of ancient cases, primarily focusing on the symptomatology of the condition and utterly ignoring the cause of it. In addition, the osteological record is highly unspecific since conditions such as kyphosis or subluxation of the spine – which may well result from strong convulsions – are also produced by several other medical conditions, thus making retrospective diagnostics of tetanus a particularly difficult exercise [5]. One of the first descriptions of tetanus, in particular of its characteristic risus sardonius and trismus, seems to date back to Ancient Egypt, as can be located in the surgical section of Edwin Smith's papyrus (ca. 1500 BC) [6]. More accurate descriptions were later provided by Hippocrates (460 BC – ca. 370 BC) and Aretaeus of Cappadocia (I century AD). Knowledge of the disease did not greatly improve during the following centuries. An interesting therapeutical proposal was that of applying electric current to patients suffering from tetanus. This was, for example, at-



Fig 1: Opisthotonus in a patient with tetanus painted by Sir Charles Bells in 1809. [13].

tempted by the Italian physician Luigi Carlo Farini (1812–1866) in Ravenna. Farini's method was based on physiological experiments by Carlo Matteucci (1811–1868), who had used electricity in frogs. The powerful current led to a transient disappearance of the tetanic phenomena and offered some palliative solace to a tetanic patient, whose fate was nonetheless unchangeable and resulted in predictable death [7].

The infectious nature of tetanus was for the first time demonstrated in 1884 by the two Italian physicians Giorgio Rattone (1857–1929) and Antonio Carle (1854–1927). The German Jewish physician Arthur Nicolaier (1862–1942) identified *Clostridium tetani* as the etiologic agent of the disease, which was isolated by the Japanese scholar Kitasato Shibasaburo (1853–1931). Kitasato's collaboration with the German scholar Emil von Behring (1854–1917) allowed science to make a major step ahead meaning the production of the serum capable of tackling tetanus toxins in 1890. Later deprived of their toxic power – but not of their immunogenic faculty – by Gaston Ramon (1866–1963), these «purified» toxins constituted the basis of the revolutionary vaccine established in 1923. The use of tetanus vaccine on a global scale allowed the gradual reduction of tetanus related mortality [7].

Tetanus in our world: infantile lethality, adult cases and natural disasters

The World Health Organization (WHO) data indicate that as of February 2017 still 18 countries have failed to eliminate maternal and neonatal tetanus (MNT). This is particularly worrisome considering the disease's lethality in new-

borns, which accounts for the 49 000 deaths estimated in 2013 by the WHO, still considerably high figures, notwithstanding a substantial reduction in MNT mortality in the late 1980s, at the time in the number of about 800 000 [8]. Besides MNT, alarming cases have been reported in recent months in Europe. In the medical literature an event of tetanus has been described in Brignoles (France) in a 50-years old man, whose «left heel had been wounded by a rusty nail while walking in a field 15 days before» and who had only received his last tetanus vaccine booster 17 years before his accident, therefore leaving his organism inadequately immunized [9]. Standard treatment in the emergency unit saved the patient's life avoiding him a tragic fate as typical of cases of medicine before vaccinations were introduced, or avoiding him to experience annoying treatment sequelae, such as psychological issues, respiratory problems (following tracheostomy) or even fractures caused by prolonged muscular contraction [10]. This case led the authors to highlight the importance of re-including tetanus in the differential diagnoses of neuromuscular diseases following traumas and wounds, despite its overall rarity, and to suggest an harmonization of tetanus vaccination guidelines across Europe, which shows considerable differences from countries like Italy where boosters are decennially administered or the UK where no vaccination is made after 14 years of age [9]. Another case, to this date only reported in the press and responsible for unleashing a heated ethical and political debate on the capital role of vaccinations has occurred in Turin, Italy, where a child was urgently

hospitalized and diagnosed with tetanus infection [11].

In this context of a return of tetanus from a faraway world, i.e. the world without vaccinations, a most important scenario should be taken into account: that of natural disasters. When a combination of earthquakes and tsunamis devastated Indonesia in recent years, several cases of tetanus were reported (106 in Aceh and 71 in Yogyakarta). A similar scenario has been reported in the aftermath of the Fukushima nuclear disaster in 2011 [12]. These events have once more stressed the importance of tetanus vaccination and boosters in adult patients.

Conclusion

In conclusion, the study of the historical course of infectious diseases yields a proper understanding of the historical impact of these pathologies on human populations, highlighting the indelible mark left on our history by the introduction of vaccinations. They de facto separate two worlds, the former of which was characterised by complete therapeutical and preventive inability. In spite of the global reduction in tetanus mortality rates, this neurological condition still represents a major threat and an emerging risk factor in scenarios of the devastation caused by natural disasters.

Acknowledgements

The authors wish to thank the Mäxi Foundation (Zurich, Switzerland) for financial support of this research.

References

- Weinstein L. Tetanus. *N Engl J Med.* 1973;289(24):1293-6.
- Yeh FL, Dong M, Yao J, Tepp WH, Lin GY, Johnson EA, et al. SV2 Mediates Entry of Tetanus Neurotoxin into Central Neurons. *Plos Pathog.* 2010;6(11).
- Sexton D. Tetanus. In: Bartlett J, editor. *UpToDate*, Waltham, MA. (Accessed on November 30. 2017): UpToDate.
- Organization WH. Current recommendations for treatment of tetanus during humanitarian emergencies. *Current recommendations for treatment of tetanus during humanitarian emergencies.* 2010.
- Lewis M. *Paleopathology of Children: Identification of Pathological Conditions in the Human Skeletal Remains of Non-Adults.* Academic Press, 2017: 106.
- Miller RL. Tetanus after cranial trauma in ancient Egypt. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1997;63(6):758.
- Galassi FM. *Un Mondo senza vaccini? La vera storia.* C1V Edizioni, Rome, 2017: 61-73.
- WHO. Tetanus. <http://www.who.int/immunization/diseases/tetanus/en/> (accessed Jan 10th, 2018)
- Eldin C, et al. New guidelines about tetanus vaccination schedules in Europe should be evaluated with caution. *Epidemiol Infect.* 2017;145(13):2779-2780.
- Flowers MW, Edmondson RS. Long-term recovery from tetanus: a study of 50 survivors. *Br Med J.* 1980; 280 (6210): 303-305.
- Cravero F. Torino, i medici confermano: colpita da tetano la bambina non vaccinata su *La Repubblica* del 18 Ottobre 2017 [http://torino.repubblica.it/cronaca/2017/10/18/news/torino_gli_esami_confermano_colpita_da_tetano_la_bambina_non_vaccinata-178614132/ – accessed il 30/10/2017].
- Finkelstein P et al. Tetanus: a potential public health threat in times of disaster. *Prehosp Disaster Med.* 2017;32(3): 339-342.
- Image from Wikipedia:
https://it.wikipedia.org/wiki/Tetano#/media/File:Opisthotonus_in_a_patient_suffering_from_tetanus_-_Painting_by_Sir_Charles_Bell_-_1809.jpg
Image accessed on 22nd January 2018 ■

« Ambulanciers en Terres d'Ailleurs » Quand l'ambulancier suisse rencontre ses homologues étrangers.

Marie Wicht, ambulancière ES et secrétaire de l'association « Ambulancier en Terre d'Ailleurs » mwicht@swissambulancerescue.ch

Key words: pré-hospitalier, voyage humanitaire, partage, entraide

Ambulancier, mais encore ?

Feux bleus, sirènes, adrénaline, urgences vitales... Voici quelques représentations typiques que l'on peut avoir d'un ambulancier. Mais au fond, c'est quoi être ambulancier en Suisse ?

Tout d'abord, il est important de rappeler que c'est une jeune profession. En effet, le métier sous sa forme actuelle, existe seulement depuis une vingtaine d'année. De ce fait, la profession est en constante évolution. A ce jour, une formation de trois ans (5400 heures) dans une des écoles supérieures de Suisse doit être suivie pour obtenir le titre d'ambulancier ES de niveau tertiaire permettant alors de travailler sur tout le territoire national.¹

De par sa formation complète et exigeante, l'ambulancier est capable de gérer la prise en charge d'un patient lors d'une situation de crise. Il travaille de manière autonome et/ou en collaboration avec d'autres instances (médecins, pompiers, policiers...). Ses actions s'inscrivent dans la prise en charge globale du patient (de l'appel 144 à l'hôpital), représentée ci-après par la chaîne du sauvetage.

Loin des caricatures que l'on peut avoir, le métier d'ambulancier est un métier varié où l'inattendu est son quotidien et où les rapports humains sont centraux.

Ambulanciers en Terres d'Ailleurs

C'est dans ce contexte que l'association « Ambulanciers en Terres d'Ailleurs » a vu le jour en 2013. Inspirée par les principes fondateurs de la Croix-Rouge que sont l'humanité, l'impartialité, la neutralité, l'indépendance et le volontariat, l'association poursuit dans une perspective humaniste et altruiste les buts suivants :

- Contribuer au développement de la qualité des soins pré-hospitaliers
- Développer des partenariats avec des services d'ambulances à travers le monde
- Participer à l'élaboration de programmes de formations adaptées aux besoins des services d'ambulances

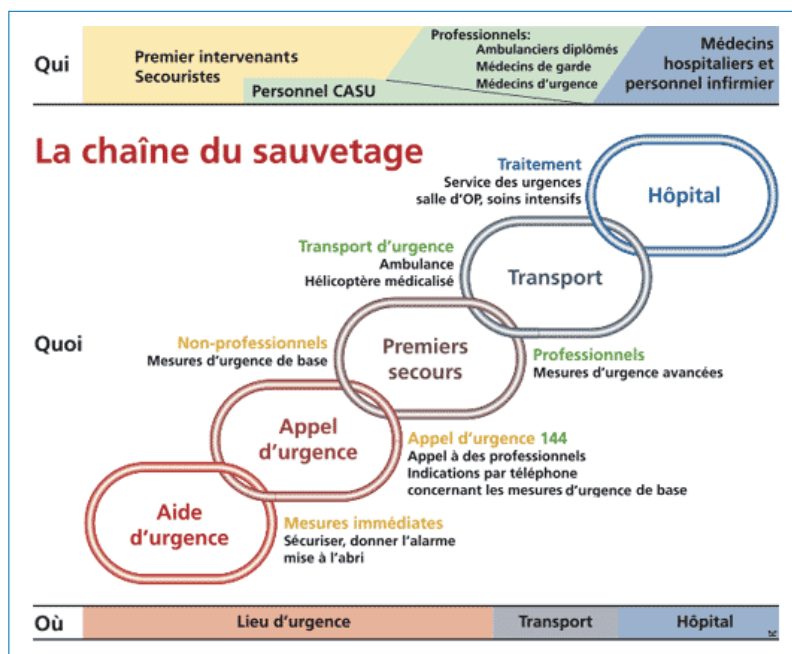
- Favoriser l'échange entre les étudiants d'écoles d'ambulanciers et les différents services d'ambulances partenaires.²

Les membres du comité partagent tous une passion pour le voyage, une envie d'échanger et de découvrir d'autres cultures, toujours avec la passion pour ce métier.

Les projets

Au fil des ans, de nombreux projets ont vu le jour grâce à la motivation et l'implication de ses membres. A l'instar du premier projet au Guatemala mis en

² Ambulanciers-ères en Terres d'Ailleurs <https://ambulanciersenterresdailleurs.wordpress.com/>



¹ DIP, ESAMB, Guide d'études 2016–2017 Genève, p.3

Fig 1 : Chaîne de sauvetage : légende : La chaîne du sauvetage (source : Société Internationale de Sauvetage du Léman, (B. CHALON), urgences sanitaires, Villeneuve, 2011 <http://www.sisl.ch/technique/144.htm> [En ligne] (consulté le 8.01.17)



Fig 2: illustration ATA (source : image ambulanciers en Terres d'Ailleurs)

place par la présidente de l'association, Corinne Reynard, venue découvrir et échanger avec une brigade de pompiers, et dont la collaboration a abouti à une convention de stage de deux à quatre semaines pour ambulanciers diplômés ou étudiants ambulanciers.

C'est aussi suite à un projet humanitaire à Beyrouth créé en 2007 par les HUG, en collaboration avec la Croix Rouge Libanaise, le CICR et l'Ecole Supérieure de Soins Ambulanciers de Genève (ESAMB), que l'association a réellement commencé à partir à la rencontre des ambulanciers en terres d'ailleurs. Fin 2017, un étudiant en 3ème année de l'ESAMB est retourné au Liban avec l'aide de l'association, pour un stage de 3 semaines.

D'autres projets de stage ont été réalisés, par exemples, en Bolivie en 2016 et 2017 (dont un stage en collaboration avec la Croix-Rouge de la ville de Sucre), au Burkina Faso en 2014 et 2016. Fin 2017, sept ambulanciers et une ambulancière en formation y sont retournés pour compléter la formation de base des équipes sur place (immobilisation, BLS, hygiène, sécurité, accouchements, brûlures,...) et y apporter du matériel. En effet, il est important de maintenir le lien dans les différents lieux de stages visités, afin de conserver une collaboration optimale entre les ambulanciers des différents pays rencontrés et les membres de l'association.

Les plus

Tous ces stages, basés sur le partage, l'échange des connaissances et

de l'entraide, apportent un réel plus pour l'ambulancier, qu'il soit diplômé ou en formation. En effet, ces professionnels et futurs professionnels sont confrontés à des conditions de travail qui ne sont plus ou peu rencontrées en Suisse. Manque de matériel, pathologies rares, traumatismes importants (polytraumatisés en nombre ou blessés par balles), système de santé archaïque, (absence de couverture maladie), sont tous des éléments poussant l'ambulancier à sortir de sa zone de confort et à s'adapter au terrain dans lequel il évolue. Ces expériences

permettent de replacer les rapports humains au centre de la prise en charge et apportent une réelle plus-value pour la pratique quotidienne du professionnel. C'est pourquoi, l'association développe et soutient ces différents projets ainsi que les étudiants désirant y adhérer.

Il est aussi possible de soutenir l'association «Ambulanciers en Terres d'Ailleurs» grâce à des dons via le site internet : <https://ambulanciersenterres-dailleurs.wordpress.com/>



Fig 3 : projets ATA: une ambulance au Burkina Faso
(Source : image ambulancier en Terre d'Ailleurs)



Fig 4 : Logo de l'association (source : image « Ambulanciers en Terres d'Ailleurs »)

Les principales étapes de la mise en œuvre du nouveau développement organisationnel et structurel au SEM sont assurées par quelque 50 collaboratrices et collaborateurs

Secrétariat d'État aux migrations (SEM), Quellenweg 6, CH-3003 Berne-Wabern ; Rédaction : Markus Unterfingher

Key Words : Développement organisationnel et structurel, centre fédéral d'asile, procédure d'asile, structure organisationnelle

Pour assurer que la révision de la loi sur l'asile puisse se faire en 2019, toute une série d'adaptations organisationnelles et structurelles devra être mise en place au Secrétariat d'État aux migrations (SEM) ; celles-ci sont préparées au sein du projet « Développement organisationnel et structurel au SEM » (DOS). Le projet DOS comprend cinq sous-projets et est dirigé par Claudio Martelli. Étroitement reliés entre eux, ils demandent une coordination et une harmonisation parfaites sur le plan de leurs contenus et de leurs échéances.

Sous-projet « Transfert et période de transition »

Toutes les demandes déposées avant l'entrée en vigueur de la révision de la loi sur l'asile devront être satisfaites selon la législation actuelle. Pour cette période de transition, les responsables de ce sous-projet ont élaboré un concept ainsi que des propositions organisationnelles afin d'assurer un traitement et une réduction aussi souple et sans heurts de ces cas relevant encore de l'ancien régime. Un autre concept servira à définir les processus et les déroulements qui s'appliqueront aux centres fédéraux d'asile (CFA) sans fonction procédurale, c'est-à-dire dans les « Centres de départ ». Depuis début mars 2017, cette formule est d'ailleurs déjà en place – à titre d'essai – dans le CFA d'Embrach (canton de Zurich). Jusqu'à fin août 2017, les responsables de ce sous-projet ont également élaboré un programme d'introduction modèle destiné à la phase de transition

au nouveau système. Celui-ci devra faciliter le travail des futures équipes des six régions d'asile et leur fournir des conseils pratiques de même que des listes de contrôle.

Sous-projet « Exploitation »

Les procédures accélérées d'asile impliquent un grand nombre de procédures spécifiques qui, désormais, devront être appliquées par les régions. Les responsables de ce sous-projet ont décrit toutes leurs étapes pour les déroulements en temps normal, de l'admission et l'enregistrement, en passant par la répartition des requérants entre les régions et les cantons concernés, jusqu'à l'exécution des renvois et/ou les retours volontaires. Ainsi, durant la phase d'essai à Zurich et, depuis peu, à Embrach, la majorité de ces processus sont mis à l'épreuve et optimisés en continu, aussi pour jauger leur efficacité face à des défis de toutes sortes. En effet, chaque demande d'asile est exposée à des facteurs variables, à commencer par les fluctuations saisonnières (hausse des demandes en été, baisse en hiver) comme celles qui concernent le quotidien. Par ailleurs, ces demandes sont également tributaires de paramètres variables régionaux, l'expérience nous ayant démontré qu'elles sont plus fréquentes aux frontières sud qu'ailleurs dans le pays.

Indépendamment de cette situation, les autres sites et centres doivent être en mesure de venir à bout de flux migratoires conséquents. Pour mieux venir à bout de ces différents scénarios, les responsables de ce sous-projet se sont attelés à définir, de concert avec les responsables hiérarchiques, les fourchettes des fluctuations et



Fig 1 : Administration Simon Blunier, trois collaboratrices travaillant sur le sous-projet ÜÜ. Rahel Baumgartner, Simon Blunier et Angela Zumbrunn avec – qui n'est pas sur l'image – Jacqueline Jucker.

des écarts inhérents à chacun de ces processus – y compris les mesures destinées aux situations particulières et extraordinaires. Une autre mission confiée à ce sous-groupe consiste à évaluer les besoins en matière d'ajustements opérationnels. Dans le nouveau système, tout sera proposé « sous un même toit », et il s'agira d'adapter, voire de recréer de toutes pièces divers concepts, comme les cas de l'assurance-maladie, des services de santé, de l'éducation, de l'hébergement et du fonctionnement de chacun de ces centres, sans oublier toutes les mesures de sécurité idoines. À cette fin, appel a été fait à des spécialistes issus de la hiérarchie.

Sous-projet « Organisation fonctionnelle et structurelle, processus de conduite »

Ce sous-projet aura pour mission d'élaborer des variantes destinées au futur organigramme du SEM, dont l'organisation fonctionnelle sera axée sur celle du centre pilote à Zurich et des actuels CEPs pour ce qui est de l'organisation des régions d'asile. Les formules retenues tiendront compte des résultats obtenus dans les différents ateliers thématiques et des demandes isolées concernant la répartition des



Fig 4: Le sous-projet est géré par le service des achats du SEM, c'est-à-dire le FACTS. De plus, une équipe FACTS/spécialiste spécifique est constituée pour chaque appel d'offres. L'équipe de base est composée de Markus Ruof, Anja Schenk Noga, Dirk Olschweski, Jasmin Aeschlimann et Matthias Stettler.



Fig 5: Administration Meret Stoppia, 17 collaborateurs

tâches entre la centrale et les futures régions. Le futur organigramme est également couplé à une évaluation et à un calcul des ressources. Ainsi, l'on cherchera à déterminer où et quel effectifs dont le SEM aura besoin et à quelles unités organisationnelles ces personnes seront affectées. Une autre grande tâche exigeante entre les mains de la direction concernera l'élaboration d'un système de contrôle pour le secteur de l'asile. Afin de pouvoir effectuer ces évaluations d'emblée, nous devons nous doter de suffisamment de temps pour programmer les codes ZEMIS. Aussi, les préposés à la qualité devront poursuivre leur travail et, dans le même temps, étendre le champ des activités de gestion de la qualité dont les exigences n'ont cessé de croître, toujours dans le but de garantir la notion de qualité à tous les niveaux des procédures accélérées de l'asile.

Sous-projet « Achats, contrats et Finances »

Les tâches et les activités de ce groupe relèvent de la centrale d'achats du SEM, c'est-à-dire de FACTS ; dès lors,

une équipe spécifique composée de spécialistes et de membres de FACTS sera mise sur pied en amont de chaque appel d'offres.

Dans ce sous-projet, il s'agira de veiller à ce que toutes les prestations nécessaires à la mise en œuvre des nouvelles structures fournies par des partenaires externes, soient acquises dans le respect des procédures d'adjudication conformes au droit des marchés publics et des délais (exemples : protection juridique, prestations d'encadrement et services de sécurité). Avant tout appel d'offres, les exigences spécifiques posées aux prestataires devront toujours être expliquées et, si besoin, définies de manière détaillée (exigences légales, type, qualité et étendue des prestations souhaitées, exigences aux fournisseurs).

Les tâches et les devoirs de ce sous-projet reposent sur les concepts élaborés et définis pour les secteurs « Exploitation » et « Organisation fonctionnelle et structurelle, processus de conduite ». Une première analyse des besoins, effectuée en été 2016, s'est

traduite par 16 variantes de procédures d'appels d'offres qui furent toutes examinées de près puis classées par ordre de priorité. Dans le « peloton de tête » figuraient les propositions portant sur le premier appel d'offres public à effectuer en 2017. Celui-ci portait sur la représentation juridique liée à l'exploitation pilote en Suisse romande, sur les services d'encadrement et de sécurité, notamment de transport de personnes, un aspect toujours plus crucial au vu de la décentralisation.

Sous-projet « Personnel/ressources humaines »

Ce sous-projet sera consacré à l'élaboration des exigences, des conditions et des instruments spécifiques qui permettront de garantir que toutes les personnes appelées à mettre en œuvre la loi révisée sur l'asile y parviendront effectivement. Notre but consiste à veiller qu'un nombre suffisant de collaboratrices et de collaborateurs se trouve au bon endroit, au bon moment, sur les sites prévus et avec les qualifications et les compétences requises. Dans un premier temps, il s'agira donc

d'élaborer la « Stratégie de ressources humaines – restructuration de l'asile. » Elle traitera de sujets tels que les principes définissant la mise en forme des processus de changement (principes du Change Management), les processus de recrutement, de fidélisation et de maintien du personnel, de constitution et de développement d'équipes de même qu'un programme d'offres de soutien destiné aux personnes ainsi qu'aux cadres supérieurs particulièrement exposés.

Par la suite, on entamera les descriptifs de postes pour d'éventuelles évaluations analytiques des fonctions. En effet, il faudra également définir un nouveau concept de classement pour la zone de service « Asile », voire même pour d'autres unités organisationnelles et le soumettre au Secrétariat général du DFJP pour approbation. Viendront ensuite la planification et la mise en œuvre concrètes des processus d'occupation des postes ; ces derniers seront planifiés de manière détaillée en fonction de la stratégie du personnel

retenue puis coordonnés et harmonisés entre eux avec les cadres supérieurs concernés. De plus, les responsables de ce sous-projet se consacreront à l'élaboration, au perfectionnement et à l'organisation détaillés des programmes de formation et de formation continue, de même qu'à l'offre des programmes de soutien destinés aux personnes ainsi qu'aux cadres supérieurs du SEM particulièrement exposés. Les membres des deux sous-projets « Personnel/ressources humaines » (SP P/RH) et « Organisation fonctionnelle et structurelle, processus de conduite » (SP OFS PC) seront appelés à collaborer étroitement lorsqu'il s'agira de rédiger les descriptifs de postes, les fruits de leur travail étant intrinsèquement liés. C'est d'ailleurs en fonction de ces descriptifs de postes, conçus par le SP OFS PC, que celui des ressources humaines sera en mesure d'élaborer son concept de classement. Les travaux de ces deux sous-projets reposent sur un calendrier commun qui sera « accordé et coordonné » en continu. ■

« Pouvoir être un enfant, tout simplement »

Secrétariat d'État aux migrations (SEM), Quellenweg 6, CH-3003 Berne-Wabern ; Rédaction : Markus Unterfinger ; entrevue avec Larissa Mettler, directrice des programmes nationaux de « Save the Children »

Key Words : Save the children, organisation d'asile, services d'aide psychosociale

L'organisation « Save the Children » a été créée à la fin de la Première Guerre mondiale par Eglantyne Jebb, une activiste britannique de défense des droits de l'enfant. Elle plaida auprès de la Société des Nations à Genève pour une convention internationale en faveur des droits de l'enfant. En 1924, la première Déclaration des droits de l'enfant fut approuvée, aussi connue sous le nom de Déclaration de Genève. Depuis 2006, certifiée par le label de qualité ZEWO, l'organisation « Save the Children », est également active en Suisse.

Entrevue avec Larissa Mettler, directrice des programmes nationaux de « Save the Children »

Madame Mettler, pourquoi est-ce qu'en Suisse, « Save the Children » s'occupe avant tout d'enfants demandeurs d'asile ?

En Suisse, les demandeurs d'asile mineurs font partie du groupe d'enfants les plus fortement défavorisés, une raison pour laquelle ils nécessitent un suivi et des encouragements particuliers afin de leur donner de nouvelles perspectives et de nouvelles chances. Aucun enfant ne ressemble jamais à un autre ; cela dit, ce sont néanmoins les mêmes facteurs qui font qu'un enfant réussit à gérer des situations même difficiles et douloureuses : des adultes attentifs et aimables, des amis, des plages de temps réservées au jeu ainsi que la possibilité de s'investir personnellement et de s'épanouir.

Tout cela rend les enfants résistants – et c'est à ce stade que nous intervenons avec notre programme d'espaces conviviaux pour les enfants. Ainsi, dans le CEP de Kreuzlingen (TG), c'est-à-dire dans un CFA du SEM, « Save the Children » a pu créer le premier local spécifiquement destiné à des enfants. Quels étaient les défis que nous avons eu à relever alors ? Commençons par relever que les expériences étaient excellentes ; en effet, la collaboration avec l'organisme AOZ (de Zurich) et le SEM a été imprégnée d'emblée d'un réel climat de confiance, sans doute aussi parce que nous étions toutes et tous mus par cette volonté commune d'améliorer la situation des et pour les enfants. Grâce à des échanges réguliers et ouverts, toutes les organisations impliquées ont beaucoup appris et ainsi, le projet a pu être continuellement amélioré. D'ailleurs, c'était la première fois que « Save the Children » a pu mettre en place un projet pilote en Suisse, une expérience qui nous a également permis de bénéficier d'une « courbe d'apprentissage » importante. En effet, nous aurions dû organiser bien plus tôt une journée de formation d'équipes et de formation continue pour les collaboratrices et des collaborateurs de l'AOZ et de « Save the Children » dans le but de mieux faire comprendre et de renforcer la compréhension commune des objectifs et du concept sur lequel reposait ce projet dès le début.

Alors : comment est-ce que tout cela se déroule sur le plan concret ?

En semaine, les deux pièces du Centre de Kreuzlingen destinées à des enfants sont ouvertes chaque jour. Sur place, deux collaboratrices ou collaborateurs

de « Save the Children » ainsi qu'un assistant social de l'AOZ s'occupent des enfants. Un espace a été conçu pour des enfants en bas âge, la deuxième pièce pour des enfants plus âgés ainsi que des adolescents. Chaque jour, un programme différent est préparé à leur intention, fondé sur des structures stables et des rituels qui se répètent – des facteurs essentiels quand on a affaire à des enfants. Des activités ludiques axées sur le mouvement sont complétées par des animations musicales et artistiques, du bricolage et des « exercices » en rapport avec la langue. À la demande de migrants adolescents, nous avons également organisé des activités vouées aux mathématiques et à la réflexion analytique. Un autre aspect que nous essayons toujours de mettre en exergue est celui de la notion ou du sentiment d'appartenance. Ainsi, dans la conception de ces programmes, nous avons également tenu compte d'enfants aveugles, sourds et handicapés mentaux afin de leur offrir un environnement aussi motivant et stimulant que possible. Chaque enfant est libre de décider s'il veut participer ou non à ces activités ; de plus, nous encourageons les parents à participer à ces programmes. Cela dit, ces journées leur donnent également la possibilité de se reposer, tout simplement.

En règle générale, ces enfants ne passent que quelques semaines dans un de ces centres fédéraux d'asile. Est-ce suffisant pour les aider à surmonter les traumatismes vécus et faire des progrès ?

Jour après jour, nous observons et constatons une évolution positive chez ces enfants : c'est ce qui nous dope et motive le plus dans notre travail ! Pre-



Fig 1 : Larissa Mettler, directrice des programmes nationaux de « Save the Children »

nous l'exemple de Nabil (prénom fictif), 5 ans, originaire d'Afghanistan et pour la première fois dans cette salle spécifiquement conçue pour des enfants de son âge. À son arrivée, il présentait des troubles du comportement et saccageait souvent les travaux de bricolage de ses petits compagnons. Quand je l'ai revu quelques semaines plus tard, le contraste était impressionnant. Capable de se concentrer plus longtemps sur une activité, il avait en outre déjà appris beaucoup de mots d'allemand et présentait non sans fierté à un oncle les objets qu'il avait créés de ses mains. Il donnait même un coup de main quand il fallait ranger les affaires et expliquait aux enfants nouvellement arrivés où les crayons et la colle avaient leur place. L'histoire de Nabil n'est pas une exception, et ces expériences démontrent bien que les enfants parviennent à récupérer et à réduire les pressions psychosociales dans un environnement protégé, perçu comme un

havre de paix. Ici, ils peuvent être des enfants un certain temps – tout simplement. D'ailleurs, le plus tôt des enfants ayant vécu des expériences traumatisantes parviennent à les aborder et à les surmonter, le plus rapidement ils réussiront à s'en remettre et à récupérer, que ce soit par le jeu ou par des activités créatrices.

À partir de maintenant, ce même type d'espaces destinés à de tels enfants devraient voir le jour dans plusieurs autres centres fédéraux d'asile. Comment se présente votre calendrier ?

À l'heure actuelle, nous cherchons tout d'abord à pouvoir remettre intégralement aux mains des responsables de l'AOZ le programme élaboré et mis en place dans le CEP de Kreuzlingen. Dans le même temps, nous espérons pouvoir offrir quelque chose de semblable dans le CEP de Berne – là-bas, le programme débutera en septembre 2017. Une fois de plus, nos activités débiteront avec l'appui d'effectifs de « Save the Children », de concert avec des personnes de l'organisation d'encadrement ORS et dans une année, nous comptons lui confier toutes les activités opérationnelles. Pour assurer le succès de ce projet, nous leur proposons également des cours de formation continue en matière d'entraide psychosociale, aussi afin d'ancrer à tous les échelons les directives et les pratiques en matière de défense des droits des enfants.

Outre la mise en place d'autres espaces semblables, nous estimons que grâce à notre expertise ainsi qu'aux expériences faites in situ, nous serons en mesure de formuler des recommandations spécifiques en matière de protection de demandeurs d'asile

enfants et adolescents, qu'ils soient accompagnés ou non. Ce que nous voudrions avant tout, c'est sensibiliser des organisations d'exploitation, les autorités et le public aux besoins et aux potentiels d'enfants migrants. Enfin, nous nous engagerons toujours pour que les droits des enfants soient également respectés et appliqués aux enfants migrants et/ou demandeurs d'asile. ■

Le nouveau grand défi dans le domaine de l'asile

Secrétariat d'État aux migrations (SEM), Quellenweg 6, CH-3003 Berne-Wabern; Rédaction: Markus Unterfingher

Key Words: Mineurs demandeurs d'asile, prise en charge des enfants, hébergement, Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant

Dans la Constitution fédérale de même que dans la Convention relative aux droits de l'enfant de l'ONU, les états s'engagent à protéger l'intégrité physique, mentale et morale des enfants et des adolescents et de promouvoir leur épanouissement. Il s'agit donc de tenir compte de cet objectif primaire qu'est l'intérêt de l'enfant, dans toutes les mesures étatiques dont, notamment, l'hébergement et l'encadrement de demandeurs d'asile mineurs non accompagnés (DMNA) ainsi que d'enfants, admis dans des centres d'asile fédéraux. L'article suivant décrit différents projets pilotes initiés par le SEM, spécifiquement censés répondre aux besoins de ces enfants et DMNA.

Le nombre de DMNA a quadruplé

Dans le cadre des procédures de restructuration, le nombre croissant de DMNA de même que, fort probablement, des durées prolongées d'hébergement de ces requérants dans les structures de la Confédération ont eu à subir diverses conséquences. Ainsi, la Division d'accueil et de procédure des centres fédéraux (DCEP) a dû élaborer un programme réduit portant sur des normes minimales en matière d'encadrement et d'hébergement des DMNA dans les centres fédéraux; par ailleurs, cette division voudrait à présent tester l'utilité et la pertinence de ces normes minimales.

Vu leur âge et parce qu'ils ont fait le voyage en Suisse sans leurs parents ou

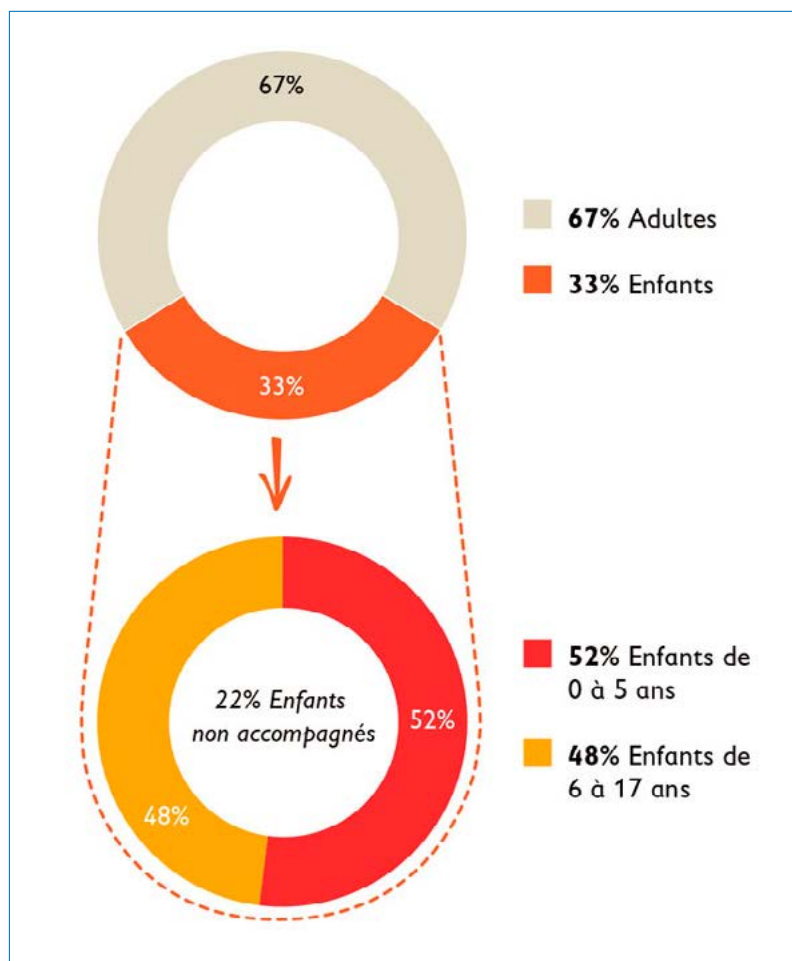


Fig 1 : Demandes d'asile en Suisse en 2016

autres accompagnants détenant l'autorité parentale, les demandeurs d'asile mineurs non accompagnés ont besoin de mesures de protection particulière. En 2015, quelque 2500 DMNA ont déposé une demande d'asile chez nous. Comparé à 2014, cela représente une hausse énorme de cette catégorie de personnes vulnérables (2014 : quelque 700 demandes). Et bien que, en 2016, ce chiffre ait à nouveau reculé un peu, il s'est élevé à 1994 individus, fin décembre 2016 – un total non négligeable. Dès lors, nous pouvons esti-

mer qu'en 2017 de même que durant les années suivantes, cette tendance se poursuivra.

Dans ce contexte, la CDAS a réagi comme suit puisque les cantons abordent et gèrent de façon très différente les besoins spécifiques des DMNA. Ainsi, de conserve avec les cantons, la Conférence des directeurs et directrices cantonaux des affaires sociales (la CDAS) a publié une série de recommandations en matière d'asile vu le nombre croissant d'enfants et d'ado-

lescents non accompagnés. L'objectif ? Garantir une harmonisation cantonale, notamment pour ce qui est des mesures d'hébergement et d'encadrement de ces jeunes requérants. Or, ces recommandations ne peuvent pas être appliquées directement dans les centres de la Confédération puisque, à l'échelle fédérale justement, elles divergent fortement de celles qui sont appliquées par Berne – surtout pour les aspects que sont les durées de séjour, les fluctuations et les types d'hébergement. Comparés aux demandeurs d'asile adultes, ces jeunes requérants nécessitent en effet un encadrement et un suivi sensiblement plus vastes et plus poussés.

Le projet pilote: les normes définies dans le concept bref ainsi que dans le descriptif du projet concernant les types d'hébergement, les formes d'encadrement et leur intensité, vont maintenant faire l'objet d'une phase d'essai dans trois villes: ceux de Bâle, de Losone et de Zurich. Le but principal de cette période de test est de pouvoir garantir un suivi et un hébergement des DMNA adaptés aux besoins de ces jeunes demandeurs dans les centres de la Confédération. Pour y parvenir, il s'agira de mettre en place un cadre d'assistance sociale d'une part et de l'autre, de créer des espaces de retrait et de repos par sexe et à l'écart des requérants adultes.

L'encadrement par des éducateurs sociaux. Le but: garantir un suivi adapté aux besoins des jeunes demandeurs dans les centres de la Confédération, dans le respect des normes fixées en recourant à des services d'assistance sociale. Pour ce faire, deux éducateurs sont prévus par centre, complétés et

épaulés, si besoin, par du personnel issu des organismes que sont l'ORS et l'AOZ. Les assistants sociaux sont responsables de la formation sociale et pédagogique des accompagnateurs de ces deux organisations afin de pouvoir y recourir en cas de besoin. De plus, ces éducateurs ont pour tâche de planifier les activités de la journée, de répartir les jeunes demandeurs par groupe et de gérer leurs dossiers; chaque assistant-e s'occupe de 30 dossiers au maximum dans lesquels il ou elle consigne les entretiens personnels quotidiens ou hebdomadaires ainsi que les progrès constatés. Mise en place et contrôlée par un éducateur social, une structure journalière de 15 heures est proposée à chaque MNA, sept jours sur sept (soit 105 heures). De cette manière, de 7 heures du matin à 22 heures le soir chaque jour, au moins une personne formée «on the job» à ces activités est sur place pour répondre aux demandes et aux besoins des jeunes requérants. Le taux d'encadrement est de 1 à 15, ce qui veut dire que par groupe de DMNA, au moins un éducateur social ou une personne formée sur le tas à cette tâche s'en occupera et sera leur interlocuteur principal.

Possibilités d'hébergement dans les propres locaux: afin de garantir des formes d'hébergement adaptées aux besoins des jeunes étrangers mineurs dans les centres de la Confédération, tout en appliquant les normes fixées par Berne, il faudra également mettre en place et créer des espaces de retrait et de repos par sexe et à l'écart des requérants adultes. L'unique exception à cette règle concerne les jeunes femmes MNA qui peuvent être hébergées avec des femmes adultes seules à partir

de l'instant où le taux d'occupation dans les centres fédéraux ne permet plus de les séparer en fonction de leur âge. Par ailleurs, en cas de surcapacités de place, il est recommandé d'héberger autant que possible ensemble les migrant-e-s avec leurs frères et sœurs majeur-e-s pour éviter de les séparer. Aussi, quand les conditions le permettent, regrouper des DMNA de même langue et de même culture avec, par exemple, d'autres compagnons de voyage dans de mêmes chambres est fortement conseillé; cette démarche permet en outre de créer, quand et partout où possible, des «groupes d'habitation», composés en fonction de l'âge des différents individus.

La phase pilote durera jusqu'à environ fin 2018, ce qui permettra également d'assurer un passage sans heurts au nouveau système. Durant la première année de son existence, ce programme fera l'objet d'une évaluation externe. Les résultats qui en découleront serviront ensuite comme base de réflexion et de discussion au sein du SEM avant d'élaborer et d'arrêter les futures normes d'hébergement et d'encadrement à appliquer par et dans les CEP et les futurs Centres fédéraux pour demandeurs d'asile. ■

Un «pool de médecins» avec des médecins bénévoles

Hana Kubecek, mandat de consultation pour le marketing et la communication ainsi que direction de projet auprès du Service sanitaire coordonné, Département fédéral de la défense, de la protection de la population et des sports DDPS, Ittigen, hana.kubecek@vtg.admin.ch

Key Words: pool de médecins, médecins bénévoles, banque de compétences

Le Service sanitaire coordonné (SSC) et la Croix-Rouge suisse (CRS) œuvrent actuellement de manière conjointe à la mise en place d'un pool de médecins, afin que les mesures préventives nécessaires aient été prises en cas de crise en Suisse.

En cas d'événements extraordinaires touchant un grand nombre de personnes, une expérience médicale au long cours et des connaissances spécialisées fondées sont très précieuses pour leur prise en charge. Dans de telles situations, les médecins bénévoles âgés de 60 ans et plus peuvent constituer un pilier important de la prise en charge médicale et délester effectivement les autorités pour ce qui est des services sanitaires.

Tant le Service sanitaire coordonné (SSC) que la Croix-Rouge suisse (CRS) se préparent à une éventuelle situation de crise à l'aide de différentes mesures. Les médecins âgés de 60 ans et plus représentent un gros potentiel pour les deux organisations. Étant donné que la CRS tout comme le SSC souhaitent utiliser leurs compétences pour des engagements bénévoles en cas de crise, la mise en place commune d'un «pool de médecins» s'impose.

Un «pool de médecins» permet d'enregistrer de manière systématique les compétences, la disponibilité et les souhaits d'engagement des médecins bénévoles et de les préparer à des interventions en cas de crise à l'aide de perfectionnements ciblés. Une banque de compétences toujours actuelle permet d'engager rapidement les bénévoles médicaux nécessaires.



Fig 1 : Un séisme fait un grand nombre de blessés tributaires de secours immédiats. (Photo: Office fédéral de la protection de la population OFPP)

Le «pool de médecins» est sur le point de démarrer et doit être dirigé par un spécialiste médical. Un premier perfectionnement est prévu au printemps 2018. À l'heure actuelle, vingt médecins bénévoles en font déjà partie. ■



Fig 2 : En cas de pandémie, la population doit pouvoir se faire vacciner sans délai. (Photo: DRK)

1^{er} Congrès international RNAPU

Bruno Messerli, chef du secrétariat SSC/CSAM, Bureau du SSC, Worblentalstrasse 36, 3063 Ittigen, bruno.messerli@vtg.admin.ch

Key Words : psychologie d'urgence, enfants et adolescents, PsySTART, amateurs et professionnels

Le 14 septembre 2017, un premier congrès international du réseau national d'aide psychologique d'urgence (RNAPU) a eu lieu à Lucerne, sur le thème de la «Psychologie d'urgence chez les enfants et les adolescents».

Même si beaucoup de choses ont déjà été faites dans ce domaine par le passé il reste encore un grand besoin d'action. Le congrès a été l'occasion de proposer des mesures d'amélioration. Ce fut très intéressant d'apprendre quelles procédures et quelles formes de soins sont pratiquées à l'étranger. Des intervenants venus de France et des Etats-Unis ont pu présenter leurs possibilités d'intervention concrètes.

Les problèmes avec les enfants et les adolescents sont bien connus pour être fréquents dans l'éducation, les problèmes d'apprentissage, les difficultés de développement (autisme), les problèmes émotionnels (peur, dépression, traumatisme), les problèmes relationnels ou dans des situations de crise telles que la perte d'une personne de référence, l'expérience de la violence, les brimades, les agressions sexuelles ou les anomalies psychiatriques.



Fig 2 : Intervention aiguës : Laïcs versus professionnels

C'est connu, si le comportement des enfants ou des jeunes change soudainement, avec ou sans raison apparente, cela peut être un signe avant-coureur d'un problème grave. En reconnaissant les développements problématiques à un stade précoce, les parents et les éducateurs peuvent contrer le développement de problèmes psychologiques chez les enfants et les adolescents ou éviter l'intensification des troubles mentaux existants. Les parents passent souvent beaucoup trop de temps à essayer de résoudre un problème seuls avec leur enfant avant d'obtenir du soutien. Surtout s'ils sont confrontés à plusieurs contraintes en même temps, ils ne devraient pas attendre trop longtemps pour demander de l'aide. Ils ne rendent service ni à leur enfant, ni à eux-mêmes.

Accepter une aide professionnelle n'a pas à être embarrassant. Au contraire, la détection précoce et la prévention sont des questions très importantes auxquelles il faudra accorder encore plus d'importance à l'avenir.

L'après-midi, les ateliers suivants ont eu lieu :

- Risikobasiertes mehrstufiges Interventionskonzept zur Betreuung von Kindern und Jugendlichen nach einem traumatischen Ereignis
- Lessons observed in the application of the PsySTART Triage Systems in real world disasters, terrorism and medical trauma
- Accompagner l'enfant et sa famille à sortir d'un événement violent : quelle suite donner à leur prise en charge
- Was soll ich tun ? Beratung und Ressourcenförderung für Eltern von Kindern und Jugendlichen nach einem schwer wiegenden Ereignis



Fig 1 : Prof. Merritt Schreiber de Los Angeles lors de son exposé à propos de PsySTART

- Management d'intervention : Mise en œuvre d'un concept de centre de prise en charge pour un grand groupe d'impliqués

La journée s'est terminée autour d'une table ronde profanes et professionnels. Il est incontestable que l'aide psychologique d'urgence aux enfants et aux adolescents nécessite également un soutien interprofessionnel. Il est également important que les personnes concernées soient rapidement en mesure de reprendre leurs responsabilités. Elle doivent être confrontées à leurs craintes afin que les expériences négatives puissent être surmontées sans dommages. L'implication et la prise en charge des parents sont tout aussi importantes, afin que leur comportement ne déclenche pas plus de maux chez les enfants.

Le congrès devrait être le prélude au lancement d'un débat approfondi sur la formation post graduée et la formation continue de l'aide psychologique d'urgence, que le NNPN entend mener dans un avenir proche avec les institutions de formation.

Exercice SII Bâle-Ville : Apprendre à réseauter

Christine Tobler, responsable du bureau cantonal de l'organisation en cas de crise, Département de la justice et de la sécurité du canton de Bâle-Ville, police cantonale, organisation cantonale en cas de crise (OCC), Spiegelgasse 6, 4001 Bâle, christine.tobler@jsd.bs.ch

Mots-clés : exercice en situation, d'urgence, engagement SII, réseautage

En cas d'incident OCC, une multitude d'acteurs sont engagés au niveau interdépartemental. A notre époque et au vu de la portée des incidents de type OCC, il n'est pas possible de tenir à jour les données des victimes et de leurs proches sur la base de listes Excel individualisées, ni de travailler avec. Pour ce faire, il faut un système moderne interconnecté, qui est utilisé depuis lors à Bâle-Ville.

L'objectif du bureau cantonal de l'organisation en cas de crise de Bâle-Ville était de démontrer clairement les différents organes reliés au système d'information et d'intervention (SII). Du point de vue du front (lieu du sinistre), le système fonctionne plutôt en arrière-plan, même s'il est indispensable. Le SII reste d'une importance cruciale pour la gestion des données pour différentes personnes, du début de l'incident jusqu'à quelques jours après. Lors de l'exercice des 24 et 25 octobre 2017, les employés de la centrale se

sont tout d'abord retrouvés au centre de formation de Bäumlhof. Ils ont été informés d'un scénario d'accident de train ayant provoqué de nombreux blessés et ont ensuite déclenché l'intervention via le SII. Au début, il n'y a eu que peu d'informations et une habitude « phase de chaos ». Peu après, l'incident a été signalé dans le SII et la première demande a été adressée aux hôpitaux reliés au système, pour savoir combien de places étaient disponibles pour accueillir les blessés. Les hôpitaux, représentés sur place au Bäumlhof pour l'exercice, ont reçu la demande et annoncé leur capacité de prise en charge en temps réel. Les premières heures, les nouvelles informations sont arrivées à une cadence très élevée, ainsi que des annonces concrètes de patients et du degré de gravité des blessures. En raison de l'afflux massif de blessés et du type de blessures, le secteur d'hospitalisation a été étendu.

Afin d'utiliser les synergies, un rassemblement a été mené en même temps. En collaboration avec notre voisin Bâle-Campagne, plus de 20 acteurs

se sont mis à disposition pour jouer les personnes touchées par l'accident mais non-blessées. Ces personnes se sont réunies au lieu de rassemblement qui, à Bâle-Ville, se trouve au centre de formation de Bäumlhof. Elles y ont été accueillies, enregistrées et questionnées. Des partenaires externes comme CareLink, l'indispensable protection civile et le Ministère public, pour l'enregistrement officiel d'annonces susceptibles d'intérêt se sont également engagés.

Le Support-Team de Bâle-Campagne, s'est rapidement rendu sur place lors de l'exercice SII et a testé les processus de collaboration qu'assure le poste de contrôle sur les lieux du sinistre. En arrière-plan, des saisies de personnes et des descriptifs d'objets dispersés (sacoques, documents, téléphones égarés, etc.) ont été faites. D'abord saisies manuellement, elles ont été introduites dans le SII. Après leur arrivée, les représentantes du Ministère public se sont chargées de rassembler les informations lacunaires, d'affecter les objets dispersés et de traiter les données. Le Ministère public est également



Fig 1 : Saisie de données personnelles sur l'ordinateur



Fig 2 : L'agitation bourdonnante lorsque la cadence des annonces est élevée



Fig 3 : Discussions sur le système et suggestions pour les utilisateurs et les développeurs



Fig 4 : Fais le bien et parles-en : les hôtes étaient les bienvenus !



Fig 5 : Capture d'un entretien d'assistance à la place de rassemblement



Fig 6 : Comprendre le réseautage – des lieux du sinistre ...

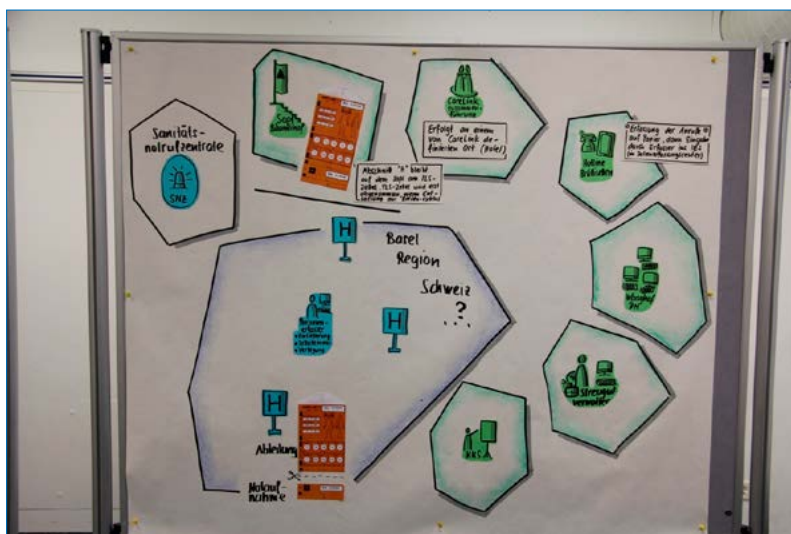


Fig 7 : ...aux profondeurs du système d'information et d'intervention (SII).

la seule autorité habilitée à clore un cas dans le SII, le plus souvent longtemps après qu'il ait été ouvert par la centrale d'appels sanitaires d'urgence.

La particularité de l'exercice, est qu'il a permis la rencontre des utilisateurs du SII qui ne se seraient jamais vus en raison de l'éloignement géographique. L'exercice a été enrichissant et les participants ont eu la possibilité d'apprendre à se connaître et surtout d'appréhender le SII par d'autres utilisateurs. Les nombreuses fonctions du SII ne sont pas accessibles à tous de la même manière et peuvent différer fortement surtout pour des raisons

juridiques. Pouvoir se faire expliquer une fonction par un autre utilisateur et avoir ainsi la possibilité de replacer sa propre contribution dans un contexte interconnecté plus global, tel a été le principal impact pédagogique de cet exercice.

La Confédération, représentée par André Künzler du Bureau du Service sanitaire coordonné SSC, a félicité Bâle-Ville pour l'exercice très réussi et pour le champ d'application très large qui avait été choisi pour ce dernier. Ce qui est à noter ici, c'est l'interconnexion vécue de cet événement au-delà des frontières cantonales et l'implication d'une autre série d'acteurs, de l'ou-

verture du cas dans le SII jusqu'à sa clôture par les enquêteurs.

L'organe sanitaire de coordination OSANC comme réseau

Rico Michael Maritz, lic.rer.pol., chef d'état-major suppléant OSANC (milice), Bürenstrasse 51, 4500 Soleure, rico.maritz@sunrise.ch

Mots-clés : partenaires SSC, réseau, prise en charge des patients dans toutes les situations

Un réseau d'organes civils et militaires chargés de l'engagement des ressources en personnel, en matériel et en équipements ainsi que de la planification, de la préparation et de l'exécution de mesures sanitaires (partenaires SSC), pour garantir la meilleure prise en charge sanitaire possible de tous les patients lors de situations particulières et extraordinaires ainsi qu'en cas de conflit armé.

Le point fort thématique du présent bulletin d'information SSC 1/18 me donne l'occasion, après mes perspectives passées comme officier d'état-major d'une organisation cantonale de conduite, de jeter un nouveau regard sur la collaboration dans le domaine de la prise en charge des patients en cas de crise, de catastrophe ou de conflit, et ce en qualité de directeur d'un hôpital-centre public ainsi que de consultant et de chef de projet externe OSANC.

L'ordonnance du 27 avril 2005 sur le Service sanitaire coordonné (OSSC) détermine ce qui suit :

OSSC, art. 9 OSANC

¹ L'OSANC apporte son soutien au mandataire SSC dans toutes les questions relevant du domaine sanitaire et le conseille dans l'accomplissement de tâches d'importance stratégique.

³ A l'échelon fédéral, l'OSANC prend en charge, sur ordre du Conseil fédéral, la coordination dans des situations particulières et extraordinaires ou en cas de conflit armé. Il dispose d'un état-major central permanent.

Lorsqu'il s'agissait dans les années 2011 à 2013 de repositionner l'OSANC et d'améliorer sa notoriété à la demande du mandataire du Conseil fédéral pour le Service sanitaire coordonné, notre organisation de projet visait exclusivement à améliorer la qualité et l'efficacité de ses prestations.

Nous avons par conséquent détaillé la mission et le portefeuille des tâches de l'OSANC, précisé les fonctions et les structures organisationnelles pour la préparation, l'engagement et les manifestations majeures, formulé des cahiers des charges pour les représentants des organes fédéraux et des cantons, et rédigé un concept de formation ainsi qu'un concept d'information et de communication.

Mission OSANC

En sa qualité d'organisation sectorielle à l'échelon fédéral, l'OSANC coordonne en situation normale la planification et, lors de situations particulières et extraordinaires, l'exécution d'engagements sanitaires avec les autres cantons et des tiers.

L'OSANC planifie à la demande de partenaires issus du réseau SSC, sur décision du mandataire SSC ou sur ordre du Conseil fédéral la coordination sanitaire et la met en pratique en cas d'intervention. Il coordonne en particulier les ressources tant civiles que militaires en personnel et en matériel.

En adressant des demandes aux organes compétents de la Confédération, de l'armée, des cantons ou de tiers, l'OSANC a un impact à la fois stratégique et opérationnel, sans toutefois être un organe de conduite.

Si l'OSANC veut toutefois s'acquitter de son large portefeuille de tâches de manière véritablement étendue et en particulier coordonner le déploiement de tous les moyens sanitaires sur le plan du personnel et du matériel (civil et militaire) ainsi que des équipements pour la prise en charge des patients en cas de crise, les organigrammes, descriptifs de fonctions et concepts ne suffisent pas.

Font partie du portefeuille de tâches de l'OSANC les éléments suivants :

- garder le contact avec tous les partenaires du SSC, c'est-à-dire les organes qui sont chargés de la planification, de la préparation et de l'exécution de mesures sanitaires ;
- évaluer, représenter et diffuser en fonction de l'événement la situation sanitaire en tant que partie intégrante de la situation revêtant une importance sur le plan de la protection de la population suisse ;
- prendre des mesures préventives, procéder à des préparatifs organisationnels, édicter les recommandations et les directives qui en résultent et en informer l'ensemble des partenaires du SSC ;
- préparer au besoin des informations techniques au profit du mandataire SSC et, le cas échéant, pour les responsables de la communication des états-majors de conduite supérieurs.

Il est en même temps indispensable de faire vivre directement et indirectement le réseau bâti autour de l'ensemble des partenaires du SSC.

Sont directement impliqués comme membres de l'OSANC les partenaires fédéraux ainsi que cantonaux du SSC



Fig 1 : Partenaire cantonal du SSC lors d'un exercice

que sont les représentants de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), de l'Office fédéral de la protection de la population (OFPP), du commandement des opérations, de l'Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires (OSAV), de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), de tous les cantons, de la Pharmacie de l'armée et de l'aide en cas de catastrophe de la CRS. Ce qui est déterminant, toutefois, ce n'est pas la simple affiliation mais la présence et la collaboration lors de manifestations, de rendez-vous de travail, de rapports, d'exercices et d'interventions.

Sont aussi directement impliquées les fonctions de support comme état-major permanent de l'OSANC: chef d'état-major, responsable de l'information, chef de la situation, aide au commandement, triage et exploitation, ainsi que leurs suppléants et leurs assistants d'état-major de la protection civile du canton de Berne.

Il ressort du portefeuille de tâches que tous les partenaires du SSC sont indirectement impliqués dans le réseau de l'OSANC, c'est-à-dire aussi les partenaires régionaux, locaux et privés.

L'OSANC a la mission de rester en contact avec l'ensemble des partenaires du réseau SSC dans toutes les situations:

- il garde le contact avec eux;
- il les informe régulièrement sur la situation sanitaire de la Suisse;
- il coordonne avec eux les mesures préventives et les préparatifs organisationnels;
- il demande des ressources dont ils disposent;
- il leur communique les recommandations et les lignes directrices planifiées ou édictées ainsi que les informations techniques préparées.

Le bon fonctionnement ou plutôt la pulsation de l'OSANC ainsi que du réseau SSC existe et relève donc de la fréquence, de l'actualité thématique, de la qualité du contenu et de l'engagement personnel dans la collaboration avec l'ensemble des parties prenantes.

Afin de pouvoir garantir au mieux la prise en charge sanitaire de tous les patients en cas d'afflux massif de ces derniers consécutivement à une situation particulière telle qu'un événement ou une crise et aussi à une situation extraordinaire telle qu'une catastrophe

ou même un conflit armé, il faut impérativement qu'il y ait au préalable une collaboration bien établie au sein de l'OSANC et un réseau SSC bien vivant.

Le service sanitaire vise à :

- garantir les prestations préventives, diagnostiques ainsi que thérapeutiques pré-hospitalières relevant de la prise en charge médicale de base,
- prodiguer aux personnes malades et accidentées les premiers soins médicaux d'urgence,
- renforcer les hôpitaux ainsi qu'à les soutenir dans le cadre de la prise en charge primaire des patients,
- veiller à la disponibilité des biens relevant du besoin médical de base, en cas d'événements particuliers également.

Une telle collaboration ne peut fonctionner en cas d'incident que si les responsables issus de tous les partenaires SSC du réseau se connaissent, savent que les autres existent, connaissent leurs missions ainsi que les prestations qu'ils peuvent fournir et s'échangent mutuellement leurs connaissances de la situation, les possibilités qui sont les leurs en termes de ressources ainsi

que les informations techniques dont ils disposent.

Et ce n'est que si tous les membres de l'OSANC, soit les représentants des offices fédéraux concernés, de l'armée, des cantons, de la CDS, du SSC et de ses partenaires, mais également les organisations civiles et militaires, cantonales et privées, régionales et locales au sein du service sanitaire suisse profitent de chaque occasion pour apprendre à se connaître et collaborer qu'il sera possible de maîtriser en commun un afflux massif de malades et d'accidentés en cas de crise ou de catastrophe.

Il en va donc moins des structures organisationnelles de l'OSANC que de la prise en charge sanitaire coordonnée et de l'élaboration avec les partenaires du SSC de solutions praticables au sein du réseau, que ce soit sous forme de travail d'état-major (résolution systématique des problèmes, activités de conduite), d'exercices d'état-major (scénarios, concepts de solutions) et d'exercices d'engagement (exercices de conduite stratégique tels que l'ECS 17, exercices du Réseau national de

sécurité tels que l'ERNS 19, exercices généraux d'urgence tels que l'EGU 19).

Que vive la bonne collaboration au sein du réseau SSC! ■



Fig 2: Aperçu de la salle de conduite

BSS : l'outil d'optimisation logistique des ressources sanitaires

Sandra Racine, cheffe suppléante du Bureau du SSC, Worblentalstrasse 36, 3063 Ittigen, sandra.racine@vtg.admin.ch,
Daniel Stöckli, couniq consulting Sàrl, Sulgeneckstrasse 27, 3007 Bern, daniel.stoeckli@couniq.com

Key Words : Blue Screen Switzerland, organe sanitaire de coordination, hôpitaux, logistique

BSS signifie Blue Screen Switzerland. Cette dénomination représente adéquatement la fonction logistique et sanitaire de l'outil. En effet, il s'agit d'obtenir une vue d'ensemble des ressources d'organisations «feux bleus» en Suisse. Le BSS est un nouvel instrument Web élaboré par l'Organe sanitaire de coordination (OSANC) sur mandat du Service sanitaire coordonné (SSC) dans le but de soutenir la logistique de certaines organisations au niveau national. Il coordonne en particulier les ressources personnelles et matérielles autant civiles que militaires. Pour l'instant encore indépendant du Système d'information et d'intervention (SII), le BSS peut également être utilisé en cas de situation extraordinaire ou d'événement majeur. Il exerce toutefois une fonction principalement logistique préalable. Les utilisateurs que sont les hôpitaux, les pharmacies, les états-majors cantonaux ou fédéraux (OFSP, OFPP, OFCL) par exemple, ont non seulement la possibilité de transmettre à l'OSANC leurs données utiles à la gestion et au rétablissement d'une situation de catastrophe, mais ils peuvent également par ce biais obtenir des renseignements pour leur gestion interne.

Au moyen du sondage BSS, l'unité de conduite d'un événement majeur OSANC peut obtenir de ses différents utilisateurs des données logistiques et sanitaires pertinentes afin d'optimiser l'approvisionnement et répondre aux besoins. Les données récoltées à l'échelle nationale servent la plani-

fication opérationnelle et stratégique. Elles permettent de réaliser un aperçu en temps réel des ressources et de les représenter sous forme cartographique ou au moyen d'un graphique classique. Il peut s'agir par exemple d'informations spécifiques liées à une épidémie ou une pandémie.

Les utilisateurs et partenaires du BSS ont chacun aussi la possibilité de réaliser des sondages internes par ce moyen. Ils seront toutefois limités à leur unité et n'auront pas d'accès aux données internes des autres partenaires. A la clôture du sondage, il est possible de générer une évaluation et de la représenter graphiquement, que ce soit sous forme de tableau, de gâteau ou de diagramme. Il s'agit ici d'évaluer ses ressources propres comme ses capacités en soins, son autonomie en produits médicaux ou en alimentation électrique.

Une mise à jour régulière des données au moyen de questions ou sondages périodiques facilite grandement le

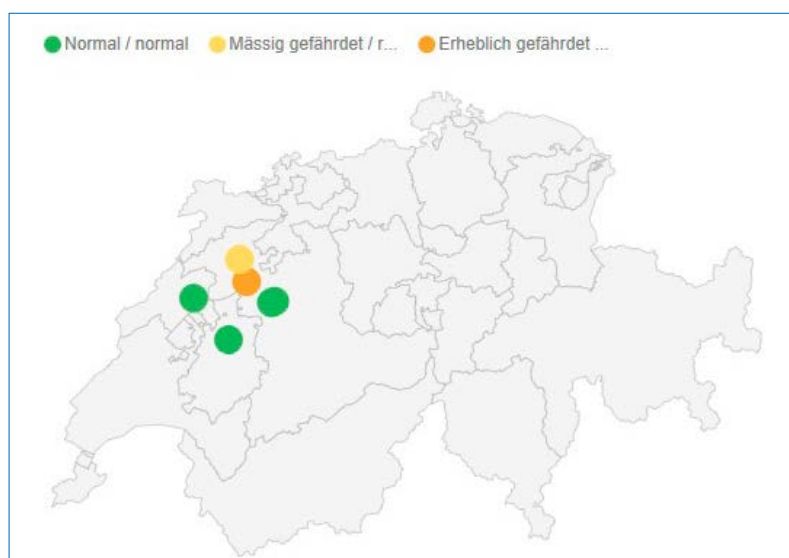


Fig 1 : Aperçu de la situation

travail de base pour des événements prévisibles comme le Forum économique mondial (WEF), les démonstrations aériennes ou la fête de la lutte par exemple. L'OSANC est à même de fournir une aide à ses partenaires dans leur planification stratégique.

Notons que l'utilisation du système est simple et rapide. De plus, l'outil est à disposition 24/24 et 7/7.

Prenons, pour illustrer, le premier cas d'utilisation du BSS lors de l'Exercice général d'urgence (EGU 17) effectué les 26 et 27 septembre 2017. L'inspection fédérale de la sécurité nucléaire (IFSN) a ordonné cette année un exercice avec la centrale nucléaire de Mühleberg (CNM).

Au cours de l'exercice, les hôpitaux sélectionnés dans quatre cantons (Neuchâtel, Fribourg, Soleure et Berne) ont été sollicités par un sondage. Les informations retournées ont pu être rapidement évaluées et intégrées dans une première présentation de la situation. Il a donc été possible grâce au BSS d'obtenir des informations importantes sur la situation sanitaire au sein d'un groupe déterminé en très peu de temps.

Les connaissances acquises par l'expérience de l'EGU17 ont été recensées et prises en compte dans le cadre des améliorations à apporter au BSS.

Au courant du printemps 2018, une première enquête sera menée au niveau national. ■

Situation en matière de sécurité/Comment évaluez-vous la situation actuelle en matière de sécurité pour votre établissement?

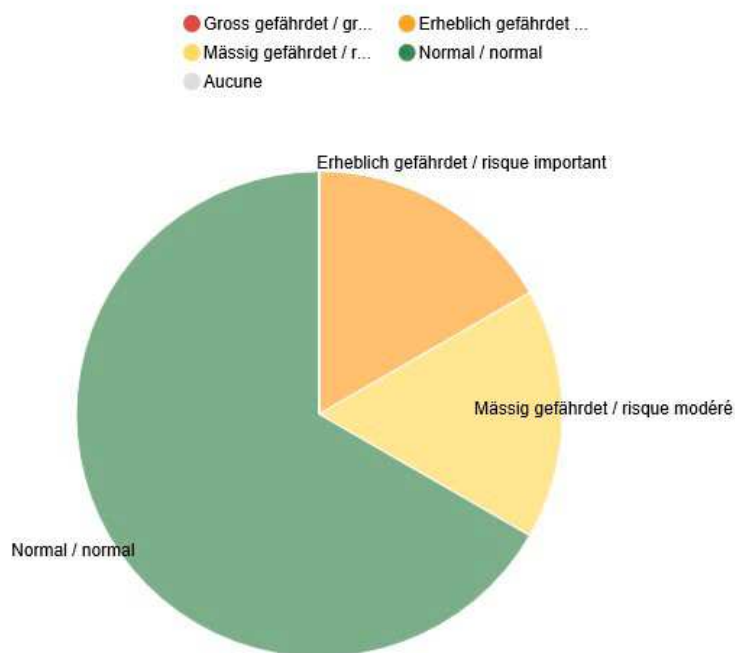


Fig 2: Situation par diagramme

Cità di Lugano: si lavora in rete per la 4a Età...

Franco Bianchi, giornalista, membro del collegio di redazione KSD/SSC, fbimedia@bluewin.ch

Key Words: malati cronici, anziani, coordinazione

Mia madre, e parlo di oltre 60 anni fa, quando entrò nelle allora mitiche PTT (Poste, Telefoni, Telegrafo) fu una delle prime «signorine numero prego» (come venivano dette) nella centrale di Bellinzona: gli apparecchi telefonici, nel Cantone, erano talmente rari che là e chi ne disponesse doveva solo alzare la «cornetta» per trovarsi collegato con le operatrici alle quali, appunto, dire il numero di chiamata desiderato («buongiorno signorina, può collegarmi per favore con il numero 458?»), tanto per fare un esempio). Razione: mia mamma inseriva uno «spinotto» sotto la luce dalla quale giungeva la chiamata e, ricevuta la risposta alla sua domanda, ne metteva un secondo aprendo il collegamento. Ora, sotto le strade, ci sono le fibre ottiche capaci di trafficare milioni di dati in meno di un secondo e, sopra le strade, ci sono gli smartphone che ti collegano in un battibaleno in ogni angolo del mondo. Tutto – tecnicamente parlando – grazie al web, alla «rete» e al web. Un potenziale enorme anche dal profilo operativo e assistenziale in ottica sanitaria sfruttato da molti, Enti Pubblici e Aziende private «in primis» per ragioni di servizio. Ne abbiamo parlato con il dr Roberto Di Stefano, dal 2014 direttore sanitario degli Istituti Sociali Comunali Lugano (ISCL), 10ma città a livello svizzero, rilevando che ormai la «rete» serve anche le 4a Età.

Nato e cresciuto a Lugano, il nostro interlocutore 62enne FMH medicina interna generale, vi tornò subito dopo la specializzazione con disponibilità (oltre

che al lavoro nello studio privato) a occuparsi di persone anziane e, grazie al coinvolgimento del dr Sergio Macchi, allora unico medico degli ISL. Siamo negli Anni 80 del secolo scorso e il citato Macchi era l'unico medico attivo nel settore, perché di istituti per anziani ve n'era uno solo: Casa Serena, risalente al 1976!

La fusione politica tra il Comune e quelli della cintura era ancora nel cassetto dei desideri e il Municipio non poteva permettersi più di tanto, nel settore. Così, il nostro, nel '91 divenne direttore medico di un nuovo (allora detto) «ricovero» per anziani: La Meridiana, a Viganello, dove per altro aveva il domicilio e lo studio privato, non lontano da casa.

Poi vennero i tempi delle aggregazioni comunali (la prima nel 2002; l'ultima 5 anni fa, con un totale di una 15ina di Comuni confluiti nella Città portandone la popolazione a 60mila abitanti!) e le «cose» dovettero forzatamente prendere un altro indirizzo.



ill 1: Il dr. Roberto Di Stefano, FMH medicina interna generale, è il direttore sanitario degli Istituti Sociali nella Città di Lugano.

Il quadro odierno

Dapprima promosso viceprimario ISCL a Casa Serena (la più grande, con 164 ospiti), dal 2014 Di Stefano è attualmente il direttore sanitario di ben 6 istituti nell'ordine, oltre alla citata: Castagneto, Meridiana, Piazzetta, Gemmo e Orizzonte Valcolla.

«Il tutto con 600 ospiti, 500 dipendenti, 3 radiologie, un ecografo, tasso d'occupazione al 98,5 % ed età media dei pazienti a quota 86 anni: altro che Terza Età, quella dei 60enni per intenderci, ormai siamo alla Quarta...», pun-



ill 2: Edificata nel '76, Casa Serena fu la prima a Lugano; oggi, dopo la fusione con i Comuni della «cintura» urbana, ce ne sono 6.



ill 3: La struttura di Gemmo è tra le più recenti; la prossima nuova sorgerà a Pregassona, con un investimento di 50mio di franchi.

tualizza il direttore, che snocciola altri dati: un medico responsabile per ogni struttura e rispettivi supplenti (una decina), in aggiunta a 35 medici esterni indipendenti, perché ogni paziente ha diritto a essere seguito dal proprio medico curante. Ci sono pure 10 consulenti esterni in psicologia, neurologia, ortopedia, oncologia, chirurgia, ecc. ritenuto – aggiunge – che ovviamente lavoriamo in stretta collaborazione con i due ospedali dell'Ente cantonale (EOC), Civico e Italiano, rispettivamente la Clinica privata Moncucco, prime referenze, di fatto, per il «lavoro in rete.»



ill 4: Uno dei ristoranti delle infrastrutture per anziani della Città di Lugano, che in tutto ospitano circa 600 persone; età media, 86 anni!

Casi e operatività

«Ovviamente siamo focalizzati su pazienti geriatrici per la maggior parte non autosufficienti (da qui, l'elevata età media!) e che necessitano di cure continue da parte di personale qualificato: si va dai disturbi cognitivi gravi, alle malattie neuroscheletri che degenerative, su su fino a quelle psichiche le quali, purtroppo, talvolta non risparmiano anche pazienti sempre più giovani).

Ciò comporta una struttura particolare del servizio, con camere prevalentemente singole, adatte a cure, igiene e assistenza personalizzate oltre che, là dove possibile, a trattamenti in fisioterapia per la riabilitazione e il mantenimento», rileva il nostro interlocutore precisano che, di fatto, la struttura (o «casa per anziani» che dir si voglia) significa sostanzialmente, a un certo punto del nostro cammino terreno, entrata e soggiorno fino a fine vita, con tasso di ricambio annuo determinato circa da un 10 % di decessi.

La lista d'attesa comunale, ben inteso e appunto dato l'invecchiamento della popolazione non più autosufficiente,

è lunga e viene rivalutata in base alle richieste di collocazione urgente, da parte di ospedali e cliniche.

«A questo livello, non la pressione delle Casse Malati sugli Istituti di cura acuti in merito a tale urgenza legata al cosiddetto Diagnosis Related Group (DRG; raggruppamento omogeneo diagnosi) che, in pratica, è all'origine delle dimissioni sempre più rapide dagli ospedali essendo riconosciuti dalle Casse Malati i costi in base alla diagnosi e non al caso effettivo. Esempio: un appendicectomia mediamente «vale» 3 giorni di cura/degenza; se poi il paziente ha complicazioni è deve essere trattenuto per 2 settimane, magari pure in cure intense..., non conta: le Casse pagano per un'appendicectomia, punto e a capo. Ma il discorso ci porterebbe sul Tarmed e non è questa la sede per farlo», puntualizza il direttore degli ISCL.

Stando in tema...

La situazione, ad ogni modo, non è tra le più rosee e la recente epidemia influenzale l'ha dimostrato pure a livello nazionale. Un anziano, ad esempio, si

ritrova con una polmonite ed è molto debilitato, sicché non può rientrare a domicilio e, se la capacità di autosufficienza è compromessa, occorre trovare, come rilevato, soluzioni rapide, ricoveri momentanei nelle «case» (a fr. 50.-/giorno per paziente, di tasca sua, per massimo 4 settimane). Da qui, la pressione per gli assistenti sociali che li seguono nella fase acuta e cercano soluzioni (2 a disposizione per tutte le strutture luganesi).

«Per tornare sul fronte dei servizi, disponiamo di una farmacista a tempo parziale responsabile della farmacia centralizzata per i nostri istituti: ordini e distribuzione robotizzata!). Una commissione speciale valuta i medicinali necessari per classe e coprono tutte le patologie alle quali facciamo fronte. Proprio per una ragione di costi, è ben evidente, appena possibile ricorriamo a medicinali generici selezionati.

I trasporti tra istituti (inclusi quelli per disabili), per consulti, visite, ricoveri o animazione (a disposizione 2 furgoni) sono pure della partita, mentre l'animazione è affidata ogni giorno a un o una professionista, in ogni casa», specifica il dr Di Stefano, mentre la direzione amministrativa è coordinata da Paolo Pezzoli, con Lugano che spende ogni anno per gli ISCL 51 mio di franchi!

Discorso a sé meritano i 2 reparti specialistici per la demenza senile (Alzheimer; una 50ina di pazienti) chiusi rispetto agli altri e istituiti fra il 2008 e il 2010, con a disposizione 30 camere singole e 10 doppie. Non ultimo, anzi di notevole rilievo, quello per le cure palliative a pazienti terminali: 10 letti a Casa Serena, per pazienti sopra i 65 anni, talvolta però anche giovani, creati per mancanza di strutture adeguate anche in altri 3 centri del Cantone e seguiti con le stesse competenze speciali dal personale.

«Per questi, con alcuni assistenti, sono in contatto regolare sia con l'EOC, sia le cliniche private solo dopo una formazione speciale per noi, protrattasi 6 mesi, abbiamo potuto aprirli, di concerto con gli altri, nel 2014, a livello ticinese. Pure da rilevare, dal 2011, l'entrata in funzione di 12 posti per emodialisi, 12 posti realizzati e gestiti in collaborazione con il Civico dell'EOC e accessibili a pazienti esterni, nonostante in prevalenza si lavori con quelli interni.»

Uno sguardo avanti

Nella metaforica classifica dei progetti sul tappeto, spicca (non a caso, visto quanto sopra) la realizzazione di un nuovo istituto: l'Arbostra, con lavori al

via, che dovrebbe aprire i battenti nel 2021 mettendo a disposizione 114 post, più 34 in un reparto Alzheimer, così come un centro diurno per pazienti affetti da demenza senile. Il tutto, per una spesa che sfiora i 50mio di franchi! Altro tema sul tappeto, aggiunge il dr Di Stefano, «le cartelle informatizzate per tutti i nostri ospiti, così da renderle accessibili direttamente dagli studi privati ai medici operanti nelle nostre strutture. È quindi evidente che il «lavoro in rete» non manca, su più fronti: dalla farmacia al trasporto, alla lavanderia che vogliamo centralizzare, ai medici regolarmente presenti con i pazienti, il personale, le riunioni collegiali anche a distanza, la formazione continua e interni per noi tutti (10 corsi all'anno) e a tutti i livelli, inclusi sensibilizzazione sulle cure palliative, la gestione dei parenti e gli incontri con i famigliari dei nostri ospiti. Senza computer, smartphone, contatti diretti e coordinazione, in un contesto di malati cronici anziani, così come per altro in tanti altri settori non solo sanitari, saremmo in pratica tagliati fuori», conclude il direttore degli Istituti sociali della Grande Lugano.

Si lavora in rete anche per la 4a Età: è proprio vero! Alla prossima. ■



ill 5: Le cucine degli istituti luganesi preparano e servono (con apposito servizio trasporti dalla «Meridiana» di Viganello) pure pasti a domicilio.



ill 6: Pure chi soffre di «demenza senile» può godere di svago all'aria aperta, ma i loro giardini sono chiusi, per evitare che si allontanino.



ill 7: Per pazienti affetti di Alzheimer sono a disposizione reparti speciali, chiusi e serviti da personale altamente specializzato

Neues von der Schweiz. Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin (SGNOR)

Dr. med Stefan Müller, Chefarzt Schutz & Rettung, Zürich, Neumühlequai 40, Postfach 3251, 8021 Zürich, stefan.mueller@zuerich.ch
 Gabriela Kaufmann, Geschäftsführerin SGNOR, Wattenwylweg 21, 3006 Bern, sekretariat@sgnor.ch

2017 haben die Konsultationen auf den Notfallstationen der Schweizer Spitäler sicherlich die 2-Millionen-Grenze bei Weitem überschritten. Ebenso ist die Anzahl der Notarztsätze boden- oder luftgebunden in den letzten Jahren stetig gestiegen.

Die Bewältigung eines derartigen Patientenaufkommens bedarf eines enormen professionellen Einsatzes, der durch unsere Mitglieder – aber auch durch unsere Partner in der Präklinik (Rettungssanitäter) und auf den Notfallstationen (Notfallpflegende) – geleistet wird.

Ihnen allen gebührt an dieser Stelle ein grosser Dank. Der Lohn der hohen Professionalität ist nicht immer sofort sichtbar. Man darf jedoch mit Stolz feststellen, dass sich die Notfallversorgung in der Schweiz in den vergangenen Jahren markant verbessert hat und heute zu den besten der Welt gehört.

Präklinische Notfallmedizin

Was lange währt ... wird nun endlich gut! Beinahe zwei Jahre nach der Eingabe beim SIWF FMH hatte der Vorstand SIWF das vollständig revidierte Programm im Sommer 2017 einstimmig gutgeheissen. Die Inkraftsetzung des Programms erfolgte per 1. Januar 2018. In Analogie zum zweiten Fähigkeitsausweis (klinische Notfallmedizin [SGNOR]) heisst das Programm und der Titel für den Fähigkeitsausweis des Bereichs Rettungsmedizin neu: Präklinische Notfallmedizin/Notarzt (SGNOR).

Die Änderungen betreffen auch den Notarztkurs mit neu einer einheitlichen Prüfung an allen Kursstandorten (MCQ

in englischer Sprache, praktische Prüfung mittels definierter Szenarien und standardisierter Beurteilung). Diese Prüfungen wurden 2016 durch die NA-Faculty erarbeitet und konnten 2017 an den Standorten bereits im Sinne eines Pilots durchgeführt werden.

Katastrophenmedizin

Ebenfalls wichtig war die Mitarbeit der SGNOR im Projekt «Unité de doctrine SFG/CSAM». Dieser Auftrag der GDK an den Koordinierten Sanitätsdienst (KSD) zur Erarbeitung eines Konsenses im Bereich «Sanitätsdienstliche Führung Grossereignis (SFG)/Conduite sanitaire en cas d'accident majeur (CSAM)» war notwendig, weil sich SFG in den letzten fünf Jahren stark vom ursprünglichen Konzept in Richtung Führungsweiterbildung weiterentwickelt hat und darum ein Abgleich zwischen der Romandie und der Deutschschweiz erfolgen musste. Das Ergebnis dieses Projekts ist erfreulich.

Klinische Notfallmedizin

Bereits schauen wir zurück auf zehn Jahre «Fähigkeitsausweis Klinische Notfallmedizin». 2007 und 2008 hat eine Arbeitsgruppe dem zweiten Standbein der SGNOR auf die eigenen Beine geholfen. Bereits damals war den «Gründungsvätern» klar, dass dies der erste Schritt einer Professionalisierung der Notfallmedizin in den Notfallstationen sein wird. Ein erster Schritt, dem in Zukunft eine Weiterentwicklung folgen wird und muss. Mehrere internationale Beispiele haben uns aufgezeigt, dass es für diese Entwicklungsschritte 20 Jahre und gar mehr braucht. Entwicklung und Konsolidierung benötigen Zeit, aber auch neue Generationen an notfallmedizinisch in-

teressierten Ärztinnen und Ärzten. Ein natürlicher Prozess, der jedoch Geduld und Zuversicht braucht.

Über die letzten Jahre ist die klinische Notfallmedizin in vielen Notfallstationen zu einer Bereicherung der interdisziplinären und interprofessionellen Versorgung der wachsenden Population von Notfallpatienten geworden. Gerade diese demographische Entwicklung mit gleichzeitiger Abnahme der hausarztbasierten Grundversorgung, sowie der Spezialisierung der fachärztlichen Betreuung in den Spitälern, zeigt die Notwendigkeit dieses notfallmedizinischen Bindegliedes an der Schnittstelle Spital/Grundversorgung klar auf.

Nebst der historischen Basis von Trägern des Fähigkeitsausweises der ersten Jahre, werden es jährlich mehr Kolleginnen und Kollegen die sich zu diesem Weiterbildungsgang entscheiden. Auch 2017 hat die Zahl der Prüfungsabsolventinnen und -absolventen wieder zugenommen. Von 45 Kandidatinnen und Kandidaten haben 42 die Herausforderung der zweiteiligen Prüfung erfolgreich gemeistert. So zählt die SGNOR Ende 2017 bereits 473 Träger des Fähigkeitsausweises Klinische Notfallmedizin (SGNOR).

In gleichem Masse hat auch die Zahl der Weiterbildungsstätten zugenommen (20 der Kategorie 1/14 der Kategorie 2), die in kontinuierlichem Masse den Nachwuchs bilden und fördern werden. An dieser Stelle sei allen Leitenden der Weiterbildungsstätten ein besonderer Dank ausgesprochen.

Mehr und mehr Notfallstationen zählen in ihrem Team auf die vielfältig ausgebildeten Klinischen Notfallmediziner. Der

Markt ist offen und vielseitig. Klinische Notfallmedizin hat sich zu einer attraktiven Berufsperspektive mit Karriere-möglichkeiten gemausert.

Und es wird zweifellos weitergehen! Auch wenn standespolitische Widerstände die harmonische Entwicklung der Notfallmedizin limitieren, blicken wir nach wie vor mit Zuversicht in die Zukunft.

Ein nächstes Kapitel in der Erfolgsschichte der Klinischen Notfallmedizin wird beschrieben und es wird sicherlich nicht das Letzte sein.

Kongresse/Fortbildungen

Chirurgiekongress 2018

(16.–18. Mai 2018, Basel:

<https://www.chirurgiekongress.ch/>)

Aufgrund der Zusammenarbeit zur Erarbeitung eines Programms für den interdisziplinären Schwerpunkt Klinische Notfallmedizin wurde die SGNOR durch die Schweiz. Gesellschaft für Chirurgie eingeladen, zwei fachübergreifende Slots am 17. Mai 2018 mitzugestalten:

- Notfallmedizin I & Viszeral
- Notfallmedizin II & Trauma

Schweizer Kongress für Notfallmedizin 2018

(<https://notfallkongress.ch/>)

Dieser findet am 25./26. Mai 2018 in Bern statt. Es werden sowohl präklinische wie auch klinische Sessions stattfinden.

SGAIM-Frühjahreskongress 2018

(30. Mai–1. Juni 2018, Basel:

<http://congress.sgaim.ch/de/fruehjahreskongress.html>)

Bereits seit 2012 bietet die SGNOR am SGAIM-Kongress im Frühjahr die Notfallsonographie-Workshops unter der Leitung von Beat Lehmann an. Die diesjährigen Workshops finden am 31. Mai 2018 statt.

SGAR-Kongress 2018

(8.–10. November 2018, Interlaken)

Die SGNOR wird 2018 erneut am SGAR-Kongress Gastgesellschaft sein. ■

Zentralsekretariat SGNOR
c/o Gabriela Kaufmann
Wattenwylweg 21
3006 Bern
Tel. 031 332 41 11
Fax 031 332 41 12
www.sgnor.ch
sekretariat@sgnor.ch

Prof. Dr. med. Zeno Stanga ist neuer Dekan des Kompetenzzentrums für Militär- und Katastrophenmedizin

Prof. Dr. med. Zeno Stanga, Kompetenzzentrum für Militär- und Katastrophenmedizin, Worblentalstrasse 36, 3063 Ittigen,
info-mkm.lba@vtg.admin.ch



Abb 2: Prof. Dr. med. Zeno Stanga

Ich bin 1962 in Roveredo geboren und dort aufgewachsen. Da ich aus dem südlichen Teil des Graubündens (Misoix) stamme, ist meine Muttersprache Italienisch. Da meine Mutter aus dem Puschlav stammt, bin ich sozusagen «Vollblut-Südbündner». Nach der Primar- und Sekundarschule in Roveredo habe ich die Kantonsschule in Chur absolviert, wo ich die Matur Typ B abschliessen konnte. Nach der Rekrutenschule als Funker bei der Infanterie habe ich das Medizinstudium an der Universität Fribourg begonnen. Im Verlauf wechselte ich die Universität und konnte 1989 an der Universität Bern mein Medizinstudium erfolgreich abschliessen. Zugleich promovierte ich im Bereich «vestibuläre Störungen bei

Parkinsonpatienten» bei Prof. M. Mumenthaler an der Neurologischen Klinik des Inselspitals. Es folgte das militärische Abverdien als Offizier (Schularzt) in der Kaserne Losone bei den Sanitätstruppen.

Nach den ersten klinischen Erfahrungen auf der Inneren Medizin in den Spitälern Lugano und Bellinzona konnte ich meine Laufbahn 1991 am Inselspital fortsetzen. Es folgten ein FMH-Titel in Allgemeiner Medizin (1995) und in Innerer Medizin (1996). Im Jahre 1997 konnte ich meine erste Oberarztstelle im Bereich der Inneren Medizin am Inselspital antreten.

2001 konnte ich erfolgreich ein Jahr im Universitätsspital Queens Medical Centre an der Universität Nottingham/«United Kingdom» als wissenschaftlicher Mitarbeiter mitwirken. Darauf folgten mehrere Projekte mit dieser Institution und ich hatte im Verlauf das Privileg, drei Monate an der Medizinischen Universität von South Carolina in Charleston/«United States of America» zu forschen. Nach der Habilitation im Fach Innere Medizin im 2009 an der Universität Bern arbeitete ich als Leitender Arzt im Bereich der Allgemeinen Inneren Medizin und der Ernährungsmedizin am Inselspital. In dieser Position konnte ich fünf Jahre die medizinische Poliklinik leiten. 2014 erfolgte die Ernennung als assoziierter Professor an der Universität Bern.

Vor zwei Jahren habe ich die Leitung des Bereiches Ernährungsmedizin und Metabolismus an der Universitätsklinik für Diabetologie, Endokrinologie, Ernährungsmedizin und Metabolismus am Inselspital übernommen. Meine langjährige klinische Erfahrung erlaubt

mir, ein multiprofessionelles Team, bestehend aus Oberärzten, Assistenzärzten, Ernährungsberaterinnen und Pflegepersonal, zu leiten. Im akademischen Bereich konnte ich bisher weit über 100 Publikationen veröffentlichen. Unter meiner Leitung werden jährlich mehrere Dissertationen, PhD- und Masterarbeiten erfolgreich abgeschlossen.

Ich engagiere mich auch besonders in der Lehre, da unsere junge Generation von einem guten Teaching profitiert. An der Universität Bern gebe ich regelmässig Vorlesungen, Podiumveranstaltungen und Seminare in Humanmedizin und im Studiengang Zahnmedizin. Zudem bin ich Dozent an der Berner Fachhochschule Gesundheit in den Studiengängen Ernährung & Diätetik und Pflege.

Darüber hinaus arbeite ich für den Bereich Lehre an der Medizinischen Fakultät der Universität Bern, indem ich Jahresverantwortlicher des 3. Studienjahres Humanmedizin sowie Studienleiter des Certificate of Advanced Studies (CAS) in Klinischer Ernährung bin. Ich bin Mitglied in diversen nationalen und internationalen Gremien und in der Kommission für Ernennung und Habilitation der Medizinischen Fakultät.

Ich habe mit grösster Freude und Motivation am 1. September 2017 eine neue Herausforderung angenommen und die Tätigkeit als Dekan des Kompetenzzentrums für Militär- und Katastrophenmedizin bei der Sanität (VBS, Armeestab) aufgenommen. ■



Abb 1: Oberleutnant Zeno Stanga, beim Truppenbesuch San RS 67 (rechts) von Divisionär/Oberfeldarzt Peter Eichenberger

Professeur Dr méd. Zeno Stanga, nouveau Doyen du Centre de compétences pour la médecine militaire et de catastrophe

Prof. Dr méd. Zeno Stanga, Centre de compétences pour la médecine militaire et de catastrophe, Worblentalstrasse 36, 3063 Ittigen, info-mkm.lba@vtg.admin.ch

Je suis né en 1962 à Roveredo et j'y ai grandi. Etant donné que je viens du sud des Grisons (Misox), ma langue maternelle est l'italien. Comme ma mère vient du Puschlav, je suis pour ainsi dire un « pur-sang des Grisons du sud ». Après avoir terminé mes écoles primaire et secondaire à Roveredo, j'ai effectué mes études à l'école cantonale de Coire où j'ai obtenu une maturité de type B. Après l'école de recrue en tant qu'opérateur radio dans l'infanterie, j'ai commencé des études de médecine à l'Université de Fribourg. J'ai changé d'université pour rejoindre celle de Berne et j'ai pu terminer avec succès mes études de médecine en 1989. Simultanément, j'ai écrit une thèse de doctorat au sujet des « troubles vestibulaires chez les patients atteints de la maladie de Parkinson » avec le Professeur M. Mumenthaler à la clinique neurologique de l'Hôpital de l'Île. S'ensuit le paiement de galons en tant qu'officier (médecin d'école) à la caserne de Losone près les troupes sanitaires.

Après mes premières expériences cliniques en médecine interne aux hôpitaux de Lugano et Bellinzona, j'ai pu poursuivre ma carrière à l'Hôpital de l'Île en 1991, ce qui s'est soldé par un titre FMH en médecine générale (1995) et en médecine interne (1996).



Fig 1 : Premier-lieutenant Zeno Stanga (à droite), lors de la visite du Divisionnaire/médecin en chef de l'armée Peter Eichenberger à l'école de recrue San 67.

En 1997, j'ai pu occuper mon premier poste de médecin-chef en médecine interne à l'Hôpital de l'Île.

En 2001, j'ai pu collaborer efficacement pendant un an avec le « Queen's Medical Centre » des « Nottingham University Hospitals » (NHS) au Royaume-Uni en tant que collaborateur scientifique. Plusieurs projets de cette institution ont suivi et j'ai eu le privilège de faire de la recherche durant trois mois à l'Université de médecine de Caroline du Sud à Charleston aux Etats-Unis. Suite à l'habilitation en médecine interne en 2009 à l'Université de Berne, j'ai travaillé comme médecin-chef dans le domaine de la médecine interne générale et de la médecine nutritionnelle à l'Hôpital de l'Île. J'ai pu diriger la policlinique médicale pendant cinq ans à ce poste. En 2014 est intervenue ma nomination en tant que Professeur associé à l'Université de Berne.

Il y a deux ans, j'ai pris la direction de la médecine nutritionnelle et du métabolisme à l'Hôpital universitaire de diabétologie, endocrinologie, médecine nutritionnelle et métabolisme de l'Hôpital de l'Île. Mes nombreuses années d'expérience clinique m'ont permis de diriger une équipe multidisciplinaire composée de médecins-chefs, de médecins assistants, de nutritionnistes et de personnel soignant chevronnés. Dans le domaine académique, j'ai été en mesure de publier plus d'une centaine de publications à ce jour. Sous ma supervision, plusieurs thèses de doctorat et mémoires de master sont achevés avec succès chaque année. Je m'engage particulièrement dans l'enseignement afin que notre jeune génération puisse bénéficier d'un ensei-



Fig 2 : Prof. Dr méd. Zeno Stanga

gnement de qualité. Je donne régulièrement des cours, des tables rondes et des séminaires en médecine humaine et en médecine dentaire à l'Université de Berne. De plus, je suis chargé de cours à la Haute école spécialisée bernoise, domaine de la santé, dans les filières d'études nutrition & diététique et soins.

D'autre part, je travaille pour le domaine formation à la faculté de médecine de l'Université de Berne, où je suis responsable de la 3ème année d'études en médecine humaine ainsi que directeur d'études du « Certificate of Advanced Studies » (CAS) en nutrition clinique.

Je suis membre de divers comités nationaux et internationaux et de la Commission de nomination et d'habilitation de la faculté de médecine.

C'est avec beaucoup de plaisir et de motivation que j'ai relevé un nouveau défi le 1er septembre 2017 et que j'ai pris mes fonctions de Doyen du Centre de compétences pour la médecine militaire et de catastrophe aux Affaires sanitaires (DDPS, état-major de l'armée).

Agenda

RAPPORT KSD

Informationsrapport KSD 2018

28.06.2018

Genf (Victoria Hall)

Fachtagung KSD

29.06.2018

Genf (Stade de la Praille)

Auskunft: info-ksd@vtg.admin.ch

KURSE SFG

Sanitätsdienstliche Führung Grossereignis (SFG-P) (Prälinik)

23.–27.04.2018

Zürich

Advanced Hazmat Life Support (AHLS)

11.06.2018

Schwarzenburg

Grossereignis – erstes Team vor Ort, Kurs Nr. 2/2018

18.–20.09.2018

Bern

Auskunft: info@sfg-csam.ch www.sfg-csam.ch

COURS CEFOCA / CSAM

Conduite sanitaire en cas d'accident majeur (CSAM)

16.–20.04.2018

Cugy VD, (Centre de formation de La Rama)

Module 6 : « Plan catastrophe et gestion de crise à l'hôpital »

23.–24.10.2018

Centre d'enseignement du Service des urgences, Lausanne

Information: adeline.jeanblanc@chuv.ch ou francoise.burgin@chuv.ch

VERANSTALTUNGEN DER PARTNER

Internationale Tagung SGOS/SSOTS

01.09.2018

Bern, Sand

Thema: «Tier und Mensch – eine medizinisch wechselvolle Beziehung»

Auskunft: info@medof.ch

Bevölkerungsschutzkonferenz

23.–24.10.2018

Zürich

Auskunft: pia.feuz@babs.admin.ch

Save the date Informationsrapport KSD 2018

«Vom KSD-Netzwerk für das KSD-Netzwerk»

«Du réseau SSC pour le réseau SSC»

Informationsrapport KSD 2018

Donnerstag, 28. Juni 2018
10.00 bis 16.00 Uhr
Victoria Hall, Genf

Rapport d'information du SSC 2018

Jeudi, 28 juin 2018
10h00 à 16h00
Victoria Hall, Genève

Wir benützen die Gelegenheit,
Sie auf die Fachtagung KSD vom
29. Juni 2018, im stade de La Prail-
le in Genf hinzuweisen.

Nous saisissons cette occasion
pour attirer votre attention sur la
journée technique du SSC qui se
tiendra le 29 juin 2018 au stade de
La Praille à Genève.

Fachtagung KSD 2018

Freitag, 29. Juni 2018
10.00 bis 16.00 Uhr
Stade de La Praille, Genf

Journée technique du SSC 2018

Vendredi, 29 juin 2018
10h00 à 16h00
Stade de La Praille, Genève



Reservieren Sie sich die Daten. Die Einladung mit dem Programm folgt zu einem späteren Zeitpunkt. Falls Sie vorsehen, an beiden Anlässen teilzunehmen, können wir Ihnen eine günstige Übernachtungsmöglichkeit **in der caserne des Vernets** für CHF 20.– anbieten. Wer sich bereits anmelden möchte, kann dies mit dem **Anmeldeformular** unter www.ksd-ssc.ch oder per E-Mail an info-ksd@vtg.admin.ch oder per Fax 058 464 27 44 vornehmen.

Veillez réserver ces dates. L'invitation ainsi que le programme suivront en temps opportun.

Ceux qui assistent aux deux événements peuvent dormir **à la caserne des Vernets** pour CHF 20.–.

Si vous souhaitez vous inscrire, vous pouvez le faire au moyen du **talon d'inscription** sur www.ksd-ssc.ch, par courriel à l'adresse suivante: info-ksd@vtg.admin.ch ou par fax au 058 464 27 44.

Adressen

KSD-Beauftragte der Kantone/Mandataires pour le SSC dans les cantons

- AG** Roth M., Kantonsarzt, Bachstrasse 15, 5001 Aarau, 062 835 29 51, martin.roth@ag.ch
- AI** Cajochen M., Gesundheits- und Sozialdepartement, Hoferbad 2, 9050 Appenzell, 071 788 94 57, mathias.cajochen@gsd.ai.ch
- AR** Liechti H., Gesundheitsdirektion, Kasernenstr. 17, 9102 Herisau, 071 353 65 74, heidi.liechti@ar.ch
- BE** Schori M., Gesundheits- und Fürsorgedirektion, Rathausgasse 1, 3011 Bern, 031 636 65 23, mischa.schori@gef.be.ch
- BL** Hänggi M., Kantonsarzt, Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion, Bahnhofstr. 5, 4410 Liestal, 061 925 59 24, kantonsarzt@bl.ch
- BS** Steffen T., Kantonsarzt, Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, Abteilung Prävention, St. Alban-Vorstadt 19, 4052 Basel, 061 267 45 20, thomas.steffen@bs.ch
- FR** Lee C., médecin cantonal, Ch. des Pensionnats 1, 1700 Fribourg, 026 305 79 80, leecy@fr.ch
- GE** Prontera J., suppléant du médecin cantonal, Case postale 166, 1211 Genève, 022 546 50 42, joseph.prontera@etat.ge.ch
- GL** Mani M., Kantonsarzt, Rathaus, 8750 Glarus, 055 646 61 48, martin.mani@gl.ch
- GR** Mani M., Kantonsarzt, Abt. für Gesundheitswesen, Planaterrastr. 16, 7001 Chur, 081 257 26 46, martin.mani@san.gr.ch
- JU** Pétremand Nicolas, Service de la santé publique, Fbg des Capucins 20, 2800 Delémont, 032 420 51 23, nicolas.petremand@jura.ch
- LU** Luterbacher S., Kantonsapotheker, Meyerstr. 20, Postfach, 6002 Luzern, 041 228 67 32, stephan.luterbacher@lu.ch
- NE** Montandon J.-B., pharmacien cantonal, Rue Pourtalès 2, 2001 Neuchâtel, 032 889 61 00, jeanblaise.montandon@ne.ch
- NW** Dallago R., Gesundheits- und Fürsorgedirektion, Knirigasse 6, 6371 Stans, 041 618 76 22, roger.dallago@nw.ch
- OW** Müller T., stv. Kantonsarzt, Brünigstrasse 118, 6060 Sarnen, 041 660 17 17, thomas.mueller@hin.ch
- SG** Reinholz D., Kantonsärztin, Oberer Graben 32, 9001 St. Gallen, 058 229 59 16, danuta.reinholz@sg.ch
- SH** Häggi J., Kantonsarzt, Mühlenalstr. 8200 Schaffhausen, 052 632 77 51, juerg.haeggi@ktsh.ch
- SO** Fenner L., Kantonsarzt, Gesundheitsamt, Ambassadorshof, 4509 Solothurn, 032 627 93 77, lukas.fenner@ddi.so.ch
- SZ** Claudio Letta., Kantonsarzt I, Kollegiumstrasse 28, 6431 Schwyz, 041 819 16 07, claudio.letta@sz.ch
- TG** Kappeler O., Gesundheitsamt, Zürcherstr. 194a, 8510 Frauenfeld, 058 345 68 60, olivier.kappeler@tg.ch
- TI** Merlani G., medico cantonale, Via dogana 16, 6501 Bellinzona, 091 814 40 05, giorgio.merlani@ti.ch
- UR** Hartmann R., Direktionssekretär, Klausenstrasse 4, 6460 Altdorf, 041 875 21 50, roland.hartmann@ur.ch
- VD** Danzeisen C., Service de santé publique, Avenue des Casernes 2, 1014 Lausanne, 021 316 44 66, claudie.danzeisen@vd.ch
- VS** Ambord C., Service santé publique, 7, Av. du Midi, 1951 Sion, 027 606 49 05, christian.ambord@admin.vs.ch
- ZG** Hauri R., Kantonsarzt, Medizinalamt, Gartenstr. 3, 6300 Zug, 041 728 35 05, rudolf.hauri@zg.ch
- ZH** Meier C., Gesundheitsdirektion, Stampfenbachstr. 30, 8090 Zürich, 043 259 21 92, christiane.meier@gd.zh.ch

Bundesstellen/Services fédéraux (Stand am 1. März 2018)

- Beauftragter des Bundesrates für den KSD, Dr. med. Andreas Stettbacher, Worblentalstrasse 36, 3063 Ittigen, 058 464 27 25, andreas.stettbacher@vtg.admin.ch, www.ksd-ssc.ch
- Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern, 058 463 88 32, info@bag.admin.ch, www.bag.admin.ch
- Bundesamt für Bevölkerungsschutz, Monbijoustr. 51 A, 3003 Bern, 058 462 50 13, frank.faessler@babs.admin.ch, www.bevoelkerungsschutz.ch
- Geschäftsstelle KSD, Worblentalstrasse 36, 3063 Ittigen, 058 464 28 42, stefan.trachsel@vtg.admin.ch, sandra.racine@vtg.admin.ch, andre.kuenzler@vtg.admin.ch, mario.kaufmann@vtg.admin.ch, bruno.messerli@vtg.admin.ch, info-ksd@vtg.admin.ch, www.ksd-ssc.ch
- Sekretariat SFG/CSAM (Sanitätsdienstliche Führung Grossereignis/Conduite sanitaire en cas d'accident majeur), B. Messerli, Worblentalstrasse 36, 3063 Ittigen, 058 464 28 40, info@sfg-csam.ch, www.sfg-csam.ch
- Geschäftsstelle Kompetenzzentrum MKM, Worblentalstrasse 36, 3063 Ittigen, Dr. med. MPH Nejla Gültekin, Chefin Kompetenzzentrum für Militär- und Katastrophenmedizin, nejla.gueltekin@vtg.admin.ch

Richtlinien für Autoren

Redaktionsschluss

2/18 «Tier und Mensch – eine medizinisch wechselvolle Beziehung»

31. Mai 2018

Die Autoren werden gebeten, folgende Punkte zu beachten:

- Die Beiträge sollten von den Autoren selbst **kurz zusammengefasst** werden (5–10 Zeilen). Diese Zusammenfassung dient als Einleitung (Lead).
- Die Autoren bestimmen jeweils drei bis vier Key Words.
- Es ist wünschenswert, wenn der Artikel mit Bildern, Grafiken, Checklisten usw. aufgelockert wird.
- **Bilder:** als separate Dateien mitliefern.
- Für die Veröffentlichung von Bildmaterial lehnt der Herausgeber betreffend Datenschutz jegliche Haftung ab. Mit der Zustellung der Bilder erteilen die Autoren das Einverständnis zur Veröffentlichung ihres Bildmaterials.

Richtlinien für Autoren befinden sich unter: www.ksd-ssc.ch

Directives pour les auteurs

Clôture de la rédaction

2/18 «Animaux et humains – une relation interactive»

31 mai 2018

Les auteurs observent les points suivants lors de l'élaboration du manuscrit:

- Les auteurs contribuent à rédiger eux-mêmes un **court récapitulatif** (5–10 lignes). Ce résumé est une introduction à l'article (Lead).
- Les auteurs définissent trois à quatre mots clés
- Pour une meilleure lecture, il est souhaitable que l'article contient des images, graphiques, liste etc.
- **Les images** seront envoyées dans un fichier séparément.
- Pour la publication d'images, l'éditeur décline toute responsabilité concernant la protection des données. Avec l'envoi des images, les auteurs donnent leur consentement pour la publication de leurs images.

Les directives se trouvent sous: www.ksd-ssc.ch

IMPRESSUM

Herausgeberin

Koordinierter Sanitätsdienst (KSD)
Geschäftsstelle
Worblentalstrasse 36
CH-3063 Ittigen
Telefon +41 58 464 28 42
Fax +41 58 464 27 44
E-Mail: info-ksd@vtg.admin.ch
www.ksd-ssc.ch

Redaktionskommission KSD

Sandra Racine, Geschäftsstelle KSD,
Ittigen (Vorsitz und Redaktion)
Franco Bianchi, Agra
Ursula Jobin, Romanel-sur-Lausanne
Bruno Messerli, Geschäftsstelle KSD,
Ittigen (Redaktion)
Dr. med. Stefan Müller, Zürich

Übersetzungen

Jérôme Benoit
rte des falaises 66
2000 Neuchâtel
079 269 65 10
info@transversal.ch

Yve Delaquis
Hofackerstrasse 36
8032 Zürich
044 364 64 64
yve.delaquis@caralingua.com

Auflage

2000 Exemplare (Print)
7000 Exemplare (PDF)

Erscheinungsweise

Zweimal jährlich (36. Jahrgang)

Titelbild

Zentrum elektronische Medien ZEM,
3003 Bern

Redaktioneller Hinweis zur
sprachlichen Gleichberechtigung:
Der Lesefreundlichkeit halber wird nur
die männliche Form verwendet. Die
weibliche Form ist selbstverständlich
immer mit eingeschlossen.

Auf der Plattform Informations- und
Einsatz-System (IES) sind aktuelle
Informationen und exklusive Berichte
zu KSD-relevanten Themen abrufbar.

ISSN 1660-9514

BESTELLUNG VON KSD-UNTERLAGEN/COMMANDE DE DOCUMENTS SSC

Artikel / ArticleAnzahl / Nombre

Verordnung über den KSD vom 27. April 05 (Stand am 1. Februar 16)	d
Ordonnance sur le SSC du 27 avril 05 (Etat au 1er février 16)	f
Ordinanza sul SSC del 27 aprile 05 (Stato 1° febbraio 16)	i
Konzept KSD 96	d
Concept SSC 96	f
Concetto SSC 96	i
Jahresbericht KSD 2017	d
Rapport annuel du SSC 2017	f
Rapporto annuale del SSC 2017	i
Der Koordinierte Sanitätsdienst in Kürze (Broschüre, Mai 14)	d
Le Service sanitaire coordonné en bref (brochure, juin 14)	f
Il Servizio sanitario coordinato in breve (opuscolo, giugno 14)	i
Produkte-Portfolio KSD	d
Portefeuille de produits SSC	f
Factsheet SANACT	d
Konzept «Dekontamination von Personen im Schaden-, Transport- und Hospitalisierungsraum bei ABC-Ereignissen»	d
Concept «Décontamination NBC de personnes dans le secteur de sinistre, de transport et dans le secteur d'hospitalisation»	f
Concetto «Decontaminazione di persone nella zona sinistrata, di trasporto e d'ospedalizzazione in caso di eventi NBC»	i

Weitere Unterlagen wie Referate D oder F als pdf unter www.ksd-ssc.ch

Richten Sie Ihre Bestellung an/Commandez les documents au:
Geschäftsstelle KSD, Worblentalstrasse 36, 3063 Ittigen
Tel. +41 58 464 28 42, Fax +41 58 464 27 44, e-mail: info-ksd@vtg.admin.ch

Name: Vorname:

Strasse: PLZ Ort:

Bitte ausschneiden und in frankiertem Kuvert an folgende Adresse senden:
Geschäftsstelle Koordinierter Sanitätsdienst (KSD), Worblentalstrasse 36, 3063 Ittigen

BESTELLUNG VON KSD-UNTERLAGEN/COMMANDE DE DOCUMENTS SSC

Artikel / ArticleAnzahl / Nombre

Broschüre «Rettungswesen Schweiz», 2. Auflage (Organisation, Rechtliche Grundlagen, Partnership)	d
Einsatzrichtlinien und Ausbildungsstandards für die psychologische Nothilfe (1.1.13)	f
Directives d'intervention et standards de formation en matière d'aide psychologique d'urgence (1.1.13)	d
Direttive d'intervento e standard d'istruzione Per l'aiuto psicologico d'urgenza (1.1.13)	f
	i

Vorrat an Informationsschriften über den KSD

3/08 Koordinierter Sanitätsdienst	
4/08 Schulung CEFOCA-SFG	
1/09 Präpandemie	
2/09 UEFA EURO 08	
3/09 Höhen- und Tiefenmedizin	
4/09 ABC-Dekontamination	
1/10 Forensik	
2/10 SAMK	
1/11 Kritische Infrastrukturen	
2/11 Neue Technologien in der Medizin	
1/12 Katastrophenplan für Spitäler	
2/12 Wandel	
1/13 Grenzüberschreitende Zusammenarbeit	
2/13 «Wir stecken Sie an: CBRN.»	
1/14 Projekte KSD	
2/14 Was uns die Geschichte lehrt	
1/15 Kinder!	
2/15 Wehrpharmazie im Einsatz	
1/16 Versorgungsabhängigkeit	
2/16 Umwelt und Einsatz	
1/17 Infektionen – unterschätzte Bedrohung	
2/17 Chirurgie: kurze Entscheide – langes Nachdenken	
1/18 Netzwerke	

Richten Sie Ihre Bestellung an/Commandez les documents au:
Geschäftsstelle KSD, Worblentalstrasse 36, 3063 Ittigen
Tel. +41 58 464 28 42, Fax +41 58 464 27 44, e-mail: info-ksd@vtg.admin.ch

Name: Vorname:

Strasse: PLZ Ort:

Bitte ausschneiden und in frankiertem Kuvert an folgende Adresse senden:
Geschäftsstelle Koordinierter Sanitätsdienst (KSD), Worblentalstrasse 36, 3063 Ittigen



Informationsschrift über den KSD in der Schweiz
Bulletin d'information sur le SSC en Suisse
Bollettino d'informazione sul SSC in Svizzera

Copyright durch die Geschäftsstelle Koordinierter Sanitätsdienst (KSD)
Copyright par le bureau du service sanitaire coordonné (SSC)
Copyright: Ufficio del servizio sanitario coordinato (SSC)